This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

Monatsschrift für Oh[illegible]

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität, Ohrenarzt d. Allg. Krankenhauses in **Wien**

Dr. J. M. ROSSBACH
o. ö. Prof. d. spec Pathol. u. Therap. u. Vorstand der medicin. Klinik an der Universität in **Jena**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in **München**

Dr. L. v. SCHRÖTTER
Prof. u. Vorstand d. Klinik für Halskrankh. an der Universität in **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität in **Breslau**

Dr. WEBER-LIEL
Prof. f. Ohrenheilk. u. Vorstand d. Ohrenklinik an der Universität in **Jena**

Neunzehnter Jahrgang.

BERLIN 1885.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Burow** (Königsberg i. Pr.), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Juracz** (Heidelberg), Docent Dr. **Kisselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Kosegarten** (Kiel), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michels** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Weil** (Stuttgart).

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Prof. a. d. Universität u. Ohrenarzt des Allgem. Krankenhauses in **Wien**

Dr. J. M. ROSSBACH
o. ö. Prof. d. spec. Pathol. u. Therap. u. Vorstand der medicin. Klinik an der Universität in **Jena**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in **München**

Dr. L. v. SCHRÖTTER
Prof. u. Vorstand d. Klinik für Halskrankh. an der Universität in **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität in **Breslau**

Dr. WEBER-LIEL
Prof. f. Ohrenheilk. u. Vorstand d. Ohrenklinik an der Universität in **Jena**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XIX. **Berlin, Januar 1885.** **No. 1.**

I. Originalien.

Bemerkungen zu einem äusserst schweren Fall phonischen Stimmritzenkrampfes.

Von

Dr. **Ph. Schech,** Docent in München.

Als Ursachen der Aphonia spastica nimmt man mit Recht gewöhnlich allgemeine Nervosität, Hysterie, Ueberanstrengung der Stimme, besonders bei gewissen Berufsklassen an, weshalb man die Affection auch zu den Beschäftigungsneurosen rechnet. Wiederholt sah man dem Ausbruch der Krankheit acute Anginen, Kehlkopf- oder Bronchialcatarrhe vorausgehen; sie scheinen bei jenen Personen, welche viel mit dem Kehlkopfe arbeiten müssen, die Krankheit direct zu provociren, um so sicherer dann, wenn während des entzündlichen Stadiums einer Laryngitis keine Schonung der Stimme stattfindet.

Dies war auch der Fall bei einem im besten Mannesalter stehenden kräftigen, nicht nervösen Religionslehrer, welcher im December 1883 von acuter Rhinitis und Laryngobronchitis be-

fallen wurde, trotzdem aber seine Lehrthätigkeit in vollem Umfange fortsetzte. Zur Zeit, als ich den Patienten zum ersten Male sah (4. Januar 1884), liess sich nur noch eine Hyperämie der Lig. aryepigl. constatiren. Die Untersuchung während der spastischen Phonation ergab festen Verschluss der Bänderglottis mit geringem Klaffen der Knorpelglottis und starkem Nachvornetreten des linken Santorin'schen Knorpels, ein Verhalten, das auch in einem von Jonquière beschriebenen Falle vorhanden war; eine spastische Annäherung der Taschenbänder konnte ich niemals beobachten. Auffallend war, dass durch kräftigen Anschlag der Stimmbänder, wie beim Singen, der Spasmus niemals hervorgerufen wurde, um so sicherer war aber dies der Fall beim Sprechen und Flüstern; am intensivsten traten die Anfälle bei der Aussprache mehrsilbiger Worte z. B. 999 auf. Höchst merkwürdig war ferner die Mitbetheiligung anderer nicht leicht dem Spasmus anheimfallender Muskeln. Auf der Höhe der Krankheit, Mitte Januar, stellten sich schon beim Flüstern blitzschnell unter sofortiger völliger Aphonie äusserst heftige clonische Krämpfe der Hals- und Nackenmuskulatur ein; nachdem zuerst der Kopf nach hinten übergebeugt worden war, wurde er gleich darauf in noch heftigerer Weise gegen das Brustbein herabgezogen; an dem Krampfe betheiligten sich, soviel ich bei der kurzen Dauer der Zuckungen eruiren konnte, besonders die Cucullares, das Platysma, die Sternocleidomastoidei, Recti capitis, die Sternohyoidei, Sternothyreoidei, Thyreohyoidei; in den stärksten Anfällen wurde auch die leicht hypertrophische sich weich anfühlende Schilddrüse aus der Tiefe emporgeschnellt und die Gegend vor der Trachea beträchtlich hervorgewölbt. Wodurch diese Hervorwölbung bewerkstelligt wurde, ob, wie es zuweilen schien, durch eine plötzliche Aufblähung der Trachea oder durch Contraction einiger abgeirrter, nach Luschka an der hintern Oberfläche der Schilddrüse sich inserirender und als „Levator glandulae thyreoideae" bezeichneter Fasern des M. thyreohyoideus, liess sich nicht mit Bestimmheit eruiren. Jedenfalls war der Clonus der Kehlkopfmuskeln das Primäre, der Clonus der obengenannten vorwiegend dem Innervationsgebiete des Accessorius und Hypoglossus angehörigen Muskeln auf reflectorischem Wege entstanden.

Der Verlauf gestaltete sich äusserst langwierig und hartnäckig, da sich jegliche Therapie, absolutes Schweigen, cutane, endolaryngeale und spinale Galvanisation, innerlich Bromkali, Chloral, Zinc. valer., Arsenik etc. völlig wirkungslos zeigte; die Electricität schien auf der Höhe der Krankheit sogar mehr zu schaden. Patient ging im März nach Mentone in der Hoffnung, dass sich dort sein Leiden verlieren würde; als er Mitte April

zurückkehrte, zeigte sich nur eine geringe Besserung. Da ich von der Wiederholung der früher versuchten Mittel nichts erwarten konnte, verzichtete ich auf jede innere Medication und verordnete nur zweimal täglich mit einem grösseren Irrigator aus geringer Fallhöhe vorzunehmende kalte Regen- und Strahldouchen auf die Kehlkopf- und Nackengegend, worauf sich die Affection langsam aber sichtlich besserte und Ende Juni sich schliesslich ganz verlor. Wenn auch der Einwand, dass das Leiden bei seinem langen Bestande wahrscheinlich auch ohne diese Procedur von selbst geheilt wäre, durchaus berechtigt ist, so glaube ich doch jetzt um so mehr derselben einigen Antheil an der Heilung zuschreiben zu dürfen, als sich mir dieses Verfahren in einem andern jüngst beobachteten allerdings weniger schweren Falle auffallend wirksam gezeigt hatte. Jedenfalls ist bei der Unzuverlässigkeit der internen Medicamente ein Versuch mit der Hydrotherapie um so mehr angezeigt, als meiner Ansicht nach bei den Neurosen des Kehlkopfes und Schlundes von derselben noch viel zu wenig Gebrauch gemacht wird.

Eine Verbesserung der Voltolini'schen Tauchbatterie.

Von

Dr. **C. Keller** in Cöln.

Jeder, welcher die Voltolini'sche Tauchbatterie benutzt, wird mit dem Lobe einverstanden sein, welches diesem Apparate von allen Seiten zu Theil geworden ist, besonders derjenige, welcher vorher die Middeldorpff'sche Batterie angewandt hat, bei welcher in der That ein gewisser Enthusiasmus erforderlich war, trotz aller damit verbundenen Unannehmlichkeiten und selbst Gefährlichkeiten, der Methode treu zu bleiben. Gleichwohl sind aber auch noch mit Voltolini's Batterie Uebelstände verknüpft, welche sich unter Umständen recht fühlbar machen. Hierhin gehört in erster Reihe das erschwerte Auseinandernehmen und Zusammensetzen des Apparates, wie solches ja gar nicht so selten zur Amalgamirung, zur Reinigung der Elemente, zur Revision bei Störungen in der Leitung etc. nöthig wird. Die Schuld daran tragen die vielen Schrauben und sonstigen schwerfälligen Verbindungen der Elemente mit dem leitenden Messingrahmen. Man sage nicht, dass man die Arbeit des Auseinandernehmens ja dem Instrumentenmacher überlassen könne; Jedem, der sich practisch mit Galvanocaustik befasst, kann es nur erwünscht sein, wenn er selbst im Stande ist, jederzeit und sofort, ohne alle Mühe jedes beliebige Element für sich heraus-

zunehmen und ebenso mühelos wieder einzufügen. Diese Einrichtung habe ich auf folgende Weise herstellen lassen:

An einem viereckigen, innen ausgeschnittenen Holzrahmen von der bisherigen Grösse des die Elemente der Voltolinischen Batterie tragenden Holzdeckels befindet sich auf jeder der beiden Schmalseiten ein Messingstreifen, welcher in der Mitte quer durchschnitten ist, so dass also im Ganzen vier Messingstreifen dem Holzrahmen aufliegen. Am inneren Rande derselben ist eine Reihe von Löchern angebracht zur Aufnahme der Elemente; diese Löcher, welche auf beiden Seiten in ihrer Lage genau correspondiren, sind abwechselnd einmal in den Messingstreifen, das andre Mal in einen Ausschnitt des Messings, also in den darunter befindlichen Holzrahmen gegraben, und zwar so, dass einem in dem Messingstreifen liegenden Loche der einen Seite ein im Holzrahmen liegendes Loch der anderen Seite entspricht. Die Elemente sind in höchst einfacher Weise an ihrem oberen Rande in eine Messinghülse gefasst, durch welche ein starker Messingdraht hindurchläuft, welcher, das Element tragend, an den beiden überstehenden Enden zu einem kurzen Zapfen rechtwinklig abgebogen ist. Werden nun die Elemente, und zwar jedes für sich, von Oben her in den Rahmen herabgelassen, so wird der eine Zapfen im Messing, der andere im Holzrahmen ruhen. Bei der Aufeinanderfolge von Kohlen- und Zinkplatten stehen mithin auf dem vorderen Messingstreifen der einen Seite alle Kohlenelemente, auf dem gegenüberliegenden alle Zinkelemente in leitender Verbindung und ebenso, nur in umgekehrter Folge ist das Verhältniss auf den beiden anderen Messingstreifen. Bei der nunmehr in einfacher Weise bewerkstelligten Combination der Elemente zur Säule werden die stärksten Platinarmaturen und grosse Porzellanbrenner zum Weissglühen gebracht.

Der Nutzen dieser Einrichtung leuchtet ein. Man braucht nur irgend ein Element, dessen Herausnahme gewünscht wird, mit der Hand einfach herauszuheben, ohne irgend welche Schraubenverbindungen vorher beseitigen und das Trocknen der vielleicht noch nassen Elemente abwarten zu müssen; das Wiedereinfügen der Platten geschieht ebenso leicht: am ganzen Apparate befindet sich keine einzige Schraube mehr. Hierdurch wird die Instandhaltung der Batterie ungemein erleichtert, ihre Brauchbarkeit erhöht. Eine Oxydation der Metallflächen durch die Verdunstung der säurehaltigen Flüssigkeit, Leitungshindernisse anderer Art durch mangelhaften Contact in Folge von Nachgeben der Schrauben u. dergl. sind nicht zu befürchten; eine etwa zu grosse Stromstärke kann sofort durch Verminderung der Elementenzahl leicht regulirt werden; behufs Neuher-

stellung oder Reparaturen von Elementen braucht nicht mehr der ganze Apparat zum Instrumentenmacher geschickt zu werden, ein Umstand, welcher bei Auswärts Wohnenden von grossem Belange sein kann. Diese und noch andere kleine Vortheile, welche sich beim Gebrauche geltend machen werden, lassen mich nicht daran zweifeln, dass durch die vorstehend beschriebene Einrichtung eine wirkliche Verbesserung des Apparates erzielt worden ist und würde es mich freuen, wenn durch die hierdurch bedingte noch grössere Handlichkeit der Voltolini'schen Batterie der galvanocaustischen Methode mehr und mehr Freunde erwüchsen.

Der Apparat wird in der beschriebenen Weise von dem Instrumentenmacher Herrn Roeser, Cöln, Königin Augustahalle, angefertigt.

Zu meiner Zink-Platina-Tauch-Batterie.

In No. 9, 1884 dieser Monatsschrift habe ich meine Zink-Platina-Batterie beschrieben und gab damals an, dass der Preis derselben sich auf circa 300 Mark beläuft. Instrumentenmacher Brade in Breslau (Hummerei 31) fertigt aber dieselbe Batterie jetzt für 200 Mark an, von gleicher Güte, wie die vorige Batterie. Diese vorige Batterie enthielt sehr starkes Platina-Blech, daher der hohe Preis. Da es nun aber zur Erregung der galvanischen Kraft nicht auf die Dicke der Elemente, sondern auf die Flächenausdehnung derselben ankommt, so liess ich für die Batterie schwächeres Platina-Blech nehmen und so hat man nun bei gleicher Kraft und Wirksamkeit eine billigere Batterie; wenn auch jene Batterie mit stärkerem Blech allerdings durabler sein wird und sich dieses nicht so leicht verbiegt; angegriffen aber wird ja das Platina überhaupt nicht. Voltolini.

Ueber partielle Vorwölbung der Membrana tympani bei gleichmässig verstärktem Luftdruck.

Von

Dr. **W. Kiesselbach**, Docent u. Oberarzt der otiatr. Poliklinik zu Erlangen.

Der Siegle'sche Trichter wird ja meist zu dem Zwecke angewendet, um uns über die Beweglichkeit des Trommelfells, des Hammers (und damit wohl überhaupt der Gehörknöchelchenkette) Aufschluss zu ertheilen. Auch ist er in manchen Fällen geeignet, eine Perforation des Trommelfells nachzuweisen, deren Vorhandensein selbst der geübteste Beobachter auf anderm Wege nur schwer würde constatiren können.

Die Erscheinungen am Trommelfell, die bei Anwendung

eines gleichmässigen Luftdrucks auf dasselbe auftreten, sind zum grossen Theile allgemein bekannt. Ist das Trommelfell starr und gespannt, der Hammer wenig beweglich, so wird man kaum eine Veränderung in der Lage des Trommelfells bemerken. — Ist das Trommelfell schlaff, dagegen der Hammer wenig beweglich, so wird bei gleichmässiger Luftdrucksverstärkung das Trommelfell rings um den Hammergriff einsinken. In beiden Fällen werden besonders schlaffe oder dünne Theile, also atrophische Stellen oder Narben, tiefer nach einwärts gedrängt werden als der übrige Theil des Trommelfells.

Ganz anders verhält es sich, wenn Hammer und Trommelfell leicht beweglich sind. Bekanntlich macht in diesem Falle die Spitze des Hammergriffs eine grosse Excursion nach hinten oben und innen. Es werden hierdurch dieselben Verhältnisse geschaffen, wie bei partiellem Druck auf eine schlaff über ein allseitig geschlossenes Gefäss gespannte Membran: während die eingedrückte Stelle niedersinkt, hebt sich der übrige Theil der Membran. — Es wird also hier der partielle Druck durch die Bewegung des Hammergriffs oder vielmehr der der Spitze zunächst liegenden Theile hervorgebracht, da diese weitaus die grösste Excursion machen; die Folge ist, dass andere Theile der Membrana tympani nach aussen gedrängt werden. Selbstverständlich lässt sich dieses nach Aussentreten der Theile auch wieder am leichtesten an atrophischen Stellen und Narben beobachten, da diese dann wie kleine Hügel über den übrigen Theil der Membran hervorragen.

II. Referate.

a) Otologische:

Ueber den Bau der Ohrpolypen. Von J. B. Weydner in München. (Zeitschrift f. Ohrenh., XIV. Bd., 1. H.)

Die Ohrpolypen bestehen vorwiegend aus Granulationsgewebe, Zellen, in feinem alveolärem Gerüste liegend, mit grossen Kernen und zahlreichen Kernkörperchen. In älteren Polypen überdies Spindelzellen und reifes Bindegewebe, um so mehr, je älter der Polyp ist. Die Umwandlung in Bindegewebe geschieht von der Wurzel her, die Peripherie hat meist Rundzellen. — Das periphere Wachsthum erfolgt durch Theilung, und ist dies oft deutlich zu constatiren durch längliche eingeschnürte Zellen. Neben den normalen Zellen vielfach Degeneration des Gewebes, Oedem mit Vermehrung der Zwischensubstanz, staubige Trübung, myxomatöse Degeneration — häufig hämorrhagische Infarcte, oft mit Erhaltensein des alveolären Gerüstes, oder Ablagerung von Pigment, welches meist von den Rundzellen aufgenommen wird. Wo die Degeneration beginnt, oft auch Riesenzellen.

Die Gefässe in jungen Polypen bilden ein dichtes Maschenwerk von Capillaren, häufig zahlreiche Gefässe thrombosirt. In drei Fällen bestanden die Polypen fast nur aus Gefässen und cavernösen Räumen.

Epithel besitzen nicht alle Polypen. Wo es sich findet, entspricht es dem Mutterboden; so ist Cylinderepithel bei Paukenhöhlenpolypen, Plattenepithel bei Gehörgangspolypen. Grössere Polypen bilden davon Ausnahmen. Oft findet sich ein cubisches Uebergangsepithel. — Flimmerepithel konnte nie aufgefunden werden.

Durch die vielfachen Furchungen und Papillenbildung an der Oberfläche kommen viele Einsenkungen zu Stande, welche früher als Drüsen beschrieben wurden.

Bei Aneinanderlegen solcher Lappen geht oft das Epithel zu Grunde, die Wände verwachsen und es entsteht ein mit Epithel bekleideter, oft mit Epithelresten gefüllter Hohlraum. Mehrfach fand Weydner grössere Epidermisperlen, in deren Durchschnitten Stücke von Haaren, und längliche Spalträume, welche vermuthlich Cholestearincrystalle enthalten haben mochten, welche der Alcohol gelöst hatte, in Polypen eingelagert. Ein Polyp bestand fast nur aus gewucherten Talgdrüsen mit wenig Stützgewebe. **

Ueber lacunäre Caries des Hammergriffes. Von S. Moos in Heidelberg. (Zeitschr. f. Ohrenh. XIV. Bd., 1. H.)

Moos hat nachgewiesen, dass die Ernährung des Hammergriffes durch das cuticulare Arterienblut nur eine beschränkte sei, da derselbe am grössten Theile seiner Circumferenz von gefässreicher Schleimhaut bedeckt ist, welche das Nährmaterial liefert. Die Schleimhaut muss daher erkrankt sein, wenn es zu Hammergriffcaries kommen soll.

Bei eitriger Mittelohrentzündung kommt es zu Infiltration mit Rundzellen, besonders aber Eiterzellen und Hyperplasie. Dieser Zustand wird bleibend oder es kommt zu Schmelzung und Ablösung der Schleimhaut, es wird die Membrana propria, das Periost ergriffen, abgehoben, an dessen Innenfläche kommt es zu gefässreichem Granulationsgewebe, durch dessen Wachsthum die Tela ossea verdrängt wird. Bei weiterer Wucherung derselben kann die Membr. propr. und das Periost vollständig zu Grunde gehen. Einige Partien der Tela ossea können dabei übrig bleiben und auf Querschnitten als microscop. durch Granulationsgewebe noch festgehaltene Sequester erscheinen. Schliesslich werden auch sie eingeschmolzen und die betreffende Griffpartie ist völlig zu Grunde gegangen, oder es ist ein mit dem lateralen Periost noch verbundenes Knochenstückchen vorhanden.

Diese Form der Einschmelzung, bei welcher der Rand der schwindenden Stelle eine characteristische, aus kleinen Bogenstückchen zusammengesetzte Linie zeigt, wird als lacunäre Einschmelzung bezeichnet.

Dieselbe geschieht zumeist durch Vermittelung von Granulationsgewebe, weniger durch Riesenzellen, welche in den Lacunen auf Querschnitten entweder vollständig fehlen oder zerstreut oft mitten im Granulationsgewebe oder endlich in grossen Gruppen sich vorfinden. **

Ueber gefässführende Zotten der Trommelhöhlenschleimhaut. Von S. Moos in Heidelberg. (Zeitschr. f. Ohrenh. XIV. Bd., 1. Heft.)

Gerlach beschrieb an der Schleimhaut der Trommelhöhle theils kugelförmige, theils fingerförmige, oft macroscopische, aus homogenem Binde-

gewebe, Gefässschlingen und Plattenepithel bestehende, nervenlose, darmzottenähnliche Excrescenzen. Dieselben finden sich besonders an Trommelfellen Neugeborener. Moos bestätigt ihr Vorkommen.

In 2 Fällen sah nun Moos auch Vorkommen der gleichen Gebilde an der inneren Trommelhöhlenwand, einmal bei einem Neugeborenen, ein ander Mal an einem 4monatl. Fötus. Dieselben sitzen an der inneren Trommelhöhlenwand, haben fingerförmiges Aussehen, eine Länge von 0,2 Mm., eine Breite von 0,055 Mm., sind Ausstülpungen der Mucosa, tragen einzeiliges Flimmerepithel und führen im Innern eine Gefässschlinge. Von der Stelle, wo die Zotten aufhören, trägt die Schleimhaut noch weithin ein welliges Aussehen, ohne dass innerhalb dieser Vorragungen Gefässschlingen nachzuweisen wären.

Ob ihr Vorkommen constant ist oder sie nach eingeleiteter Athmung mit der Rückbildung des Schleimgewebes des Labyrinthwandschleimhautpolsters schwinden, ist noch zu erweisen. **

Ueber Trepanation bei Sinusthrombose. Von Prof. Zaufal. (Prager med. Wochenschrift No. 8, 1884.)

„Soll man bei gesicherter Diagnose „Sinusthrombose" in Folge einer acuten Ohrentzündung operiren oder nicht?" bildet die Vorlage einer kurzen, aber guten Erörterung im Anschluss an folgenden, durch das bezügl. Präparat illustrirten Fall eines an Sinusthrombose in Folge von Otitis media supp. verstorbenen 24jährigen Mannes. Die Diagnose Sinusthrombose wurde noch während des Lebens sichergestellt und gab die Indication zur Vornahme der Trepanation des Proc. mastoid. Die Eröffnung des Proc. mastoid. geschah mit Hammer und Meissel. Z. traf in der Tiefe des Proc. mastoid. auf einen Jaucheherd mit partieller Zerstörung des Grundes des Sulcus sigmoideus und der Wand des Sinus sigmoideus. Durch diese Lücke wurde der Sinus mit 2pCt. Carbolsäurelösung ausgespritzt, ein Drainrohr eingeführt und liegen gelassen. 14 Tage nach Vornahme der Trepanation trat Exitus letalis ein in Folge lobulärer Pneumonie beider Lungen und eitriger Pleuritis. Eitrige Meningitis fehlte. Für den weiteren Verlauf der Krankheit waren die Ausspritzungen des Sinus ohne nachtheiligen Einfluss, da der nahezu fest organisirte Thrombus im Foramen jugulare dem Andrange des Spritzenstrahles widerstand. Möglicherweise hatten die Trepanation und die desinficirenden Ausspritzungen die Weiterentwicklung einer Meningitis verhindert, da bei der Aufnahme des Pat. deutliche Symptome der Meningitis, besonders im Augenhintergrunde (Neuritis optica und Stauungspapille), constatirt werden konnten. Im weiteren Verlaufe konnte sogar eine Abnahme der Stauungspapille und der Neuritis optica nachgewiesen werden.

Die Frage „soll bei Sinusthrombose trepanirt werden?", führt der Herr Autor nun weiter aus, sei noch nicht spruchreif. Vorläufig scheine es sich zu empfehlen, allerwärts bei Sinusthrombose die Trepanation auszuführen, um ein grösseres statistisches Material zu gewinnen zur Beurtheilung, ob die Spontanheilung oder die Operation ein günstigeres Heilprocent ergebe. Man hat beobachtet, dass sowohl trotz schon vorhandener Schüttelfröste und pyämischer Erscheinungen noch mit Erfolg operirt wurde — vorausgesetzt, dass die Diagnose richtig —, andererseits sind positiv Spontanheilungen verzeichnet. So beobachtete Zaufal selbst

2 Spontanheilungen, während ihm andererseits 4 Fälle, wo die Diagnose sichergestellt war, letal endeten. Man habe in Fällen, in welchen nicht operirt wurde, ja häufig Gelegenheit, am Sectionstische sich zu überzeugen, wie leicht der ursprüngliche Infectionsherd in der Nähe des Sinus hätte entfernt werden können und müssen, wenn nicht, wie eben in dem demonstrirten Falle, der Sinus durch Verjauchung schon eröffnet sei. Nach Aufmeisselung des Knochens hätten dann die Infectionsmassen: Eiter, käsige Massen, Jauche, Cholesteatome, cerebrale Sequester oder dergl. durch desinficirende Injectionen entfernt werden können, das aber nur, wenn, wie in dem demonstrirten Falle, andererseits wieder im Foramen jugularis oder weiter unten in der Vena jugularis ein derartig fester Thrombus sich schon gebildet haben sollte, dass ein Uebergang der Injectionsflüssigkeit in die Vena anonyma und das Herz nicht zu fürchten sei. Wer entscheidet das aber im Voraus? Es müsse sonst die Jugularis blossgelegt und unterhalb der erkrankten Parthie unterbunden werden, und wenn die Jugularis auch oberhalb der Ligatur mit zerfallenden Thrombenmassen gefüllt sei, so wäre diese ebenfalls zu eröffnen und durch desinficirende Injectionen, die wohl oft durch den Sinus und durch den Trepanationscanal abfliessen könnten, auszuspülen. So würden wenigstens die Hauptherde der Infection eliminirt und die Nachschübe der pyämischen Metastasen eingedämmt. In dieser Beziehung können allerdings nur viele kühn und wohlüberlegt vorgenommene Operationen eine massgebende Erfahrung gewinnen lassen. (Ref.) W.-L.

Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Ohres. Von A. Hedinger in Stuttgart.

I. Papillom des Meat. aud. ext., vom Mittelohre ausgehend, Mittelohreiterung, Senkungsabscesse am Halse, Eiterstauung, Durchbruch unter die Dura und in eines der Emissar. Santorini. Eröffnung des Warzenfortsatzes. Wegmeisselung der Spitze, Tod in Folge von Gehirnödem.

Die Necroscopie ergab: Von der vorderen Wand des Meat. audit. extern. geht ein bohnengrosser Tumor (Papillom mit bräunlichem Pigmente) aus, das Lumen desselben verschliessend. Das Trommelfell fehlt. Der hintere Theil des Gehörganges bildet mit der Pauke eine grosse, mit Eiter erfüllte Höhle. Das Antrum ist enge, mit Eiter gefüllt; von da führt ein weiter Canal in eine kirschkerngrosse, nach oben zu von der straffen Dura gebildete Höhle in der Fossa sigmoidea und mündet sodann in die Operationswunde.

Ueberdies führten von der erwähnten Höhle ein breiter Canal in's Antrum, weiteres ein cariöser Gang, dem Wege der Emiss. Santorini folgend, zur Incis. mast., welche in grossem Umfange cariös ist.

Die Tuba war weit, von Eiter erfüllt. Der Eiter hatte somit folgende Auswege:

Da der Gehörgang geschlossen war, durch die Tuba; ein Theil führte durch die Incisura Santorini nach hinten, von der Höhle nach aussen und bildete Senkungsabscesse am Halse; da der Eiter ferner nicht die die obere Wand der Höhle bildende Dura durchbrechen konnte, so drang er nach innen vor und es entstand so die Unterhöhlung der Pyramide bis zur Grösse einer Kirsche und die Usur der knöchernen Wand des Sinus transversus.

Ein anderer Abzugscanal des Antrum führte nach der entgegengesetzten Seite unter die Dura, wo der Knochen in Erbsengrösse durchlöchert war. Die Dura war intact. Die hintersten Oeffnungen hingen mit Abscessen der Weichtheile zusammen. Der Bulbus der Vena jug. war thrombosirt, das Labyrinth war intact.

Betreffs der Operation bemerkt der Verf., dass der Operateur nach fruchtloser Eröffnung der Cell. mast. nach oben tief gegen das Antrum meisselte. Als nämlich Eiter ausquoll, liess sich erkennen, dass dieser nicht mehr aus dem Antrum stammen konnte, sondern aus einer Höhle, die weiter nach hinten und oben lag. Der Verf. meint, wenn im vorliegenden Falle der Sinus transvers. nicht ausnahmsweise abgehoben gewesen wäre durch die geräumige Eiterhöhle, so hätte er verletzt werden müssen, und knüpft daran die Warnung, sich strenge an die vorgeschriebene Operationslinie zu halten.

II. Beiderseitige chronische Mittelohrentzündung mit Fortleitung des Eiters in die linke Schnecke und mittelst der Aquaeduct. vestibuli in die Schädelhöhle. Abscess im Kleinhirn. Tod.

Der Verf. weist auf die Seltenheit der hier vorliegenden Durchbruchstelle hin. **

Adenom des rechten Felsenbeins. (Destructive adenoma of the petrous portion of the temporal bone, involving the organ of hearing.) Von Samuel Sexton in New-York. (New-York Med. Journal, 13. December 1884.) Zwei Abbildungen.

Die Symptomenreihe begann im zehnten Lebensjahre mit Chorea. Später stellten sich häufige Schwindelanfälle ein. Im 25. Jahre trat rechtsseitige Facialisparalyse, Sprachbehinderung und Dysphagie ein, gefolgt zwei Jahre darauf von rechtsseitiger Taubheit mit Ohrensausen. Es folgten Anfälle von Bewusstlosigkeit und Gemüthsverstimmung. Zu wiederholten Malen war das rechte Ohr der Sitz einer schmerzhaften Erkrankung mit Ausfluss aus demselben. Mit der Zeit wurde Patient von einem quälenden Husten heimgesucht, bald darauf von Kopfschmerzparoxysmen und Somnolenz. Im 41. Jahre machte er eine schwere Lungenaffection mit foetidem Auswurf durch, nachdem kurz vorher sein Gesichtsvermögen angeblich abzunehmen angefangen hatte. Als er zum ersten Mal in die Behandlung des Verf. trat, war er 43 Jahre alt. Das linke Gehörorgan erwies sich als durchaus normal. Der knöcherne Theil des rechten äusseren Gehörgangs war durch eine härtliche, wuchernde Masse verlegt, die hintere Wand desselben defect, die Integrität des mattaussehenden Trommelfells jedoch intact. Eine nach hinten und oben von der rechten Ohrmuschel befindliche schmerzlose fluctuirende Anschwellung wurde durch Incision ihres blutigserösen Inhalts entleert Der eingeführte Finger fühlte eine weiche, pulsirende, leicht blutende Masse. Die um diese Zeit geprüfte Sehschärfe war normal, ebenso der Befund am Sehnerven. Die Incision wurde ein Jahr später von einem andern Arzt wiederholt. Es erfolgten zeitweilig profuse Blutungen aus dem Gehörgang. Das rechte Bein, das schon einige Zeit schwächer war als das andere, wurde vollständig gelähmt. Es bildete sich ein grosser Abscess unterhalb der Operationsnarbe in der Regio mastoidea. Pat. wurde vollkommen blind. Die Netzhautarterien waren etwas verschmälert, die Papillen blasser, aber nicht atrophisch. Der

Tod erfolgte im 45. Lebensjahr. Bei der Section fand sich das ganze rechte Felsenbein, mit Ausnahme seiner Spitze, in eine Geschwulst verwandelt, deren Masse auch das Mittelohr erfüllte; das Trommelfell war jedoch intact geblieben. Die Untersuchung der Neubildung wurde erst sieben Jahre später (1884) von Prof. H. H. Welch ausgeführt. Macroscopisch machte sie den Eindruck eines Angioms, doch stellte sich bei der microscopischen Untersuchung heraus, dass es sich um ein Cylinderzellenadenom mit hämorrhagischem Erguss in die cystös erweiterten Drüsenschläuche handle, welches wahrscheinlich vom Mittelohr oder dem Labyrinth ausgegangen war, jedenfalls nicht von der Dura mater.

A. Schapringer (New-York).

Gehörshallucinationen und falsches Gehör bei Musikern und Sängern, durch die Autophonie bei Ohrenleiden hervorgebracht. (Des hallucinations de l'ouie et de la fausse audition chez les musiciens et les chanteurs, due à l'autophonie, dans le maladies de l'oreille.) Von Dr. Samuel Sexton. (Revue mensuelle de laryngologie No. 11.)

Musiker und Sänger sind sehr in Verlegenheit, wenn sie gewisse Ohrenaffectionen haben, wo der Laryngealton das Trommelfell in demselben Momente von aussen und durch die Eustachi'sche Trompete trifft. Nicht nur, dass die Künstler nicht mehr spielen können, sie können auch kein Concert mehr richtig anhören; sie hören auch im Ruhezustand alle möglichen in der Wirklichkeit nicht bestehenden Töne und Geräusche; wirklich bestehende Geräusche werden falsch gedeutet. Bei den geringsten Gelegenheiten und namentlich bei psychischen Affecten können sogar Gehörshallucinationen eintreten.

Verf. erzählt drei eclatante Fälle von Autophonie.

Schlüsse: Autophonie kann bei allen möglichen Ohrenaffectionen eintreten; trifft sie Sänger und Musiker, so können letztere ihren Beruf nicht ausüben. Ist der die Autophonie verursachende Theil des Ohres ernsthaft erkrankt, so können namentlich bei nervösen Personen Gehörshallucinationen eintreten. Solche Patienten, verlegen den Sitz ihres Leidens gewöhnlich in den Larynx, welch' letzterer dann natürlich erfolglos behandelt wird.

In leichten Fällen ist die Prognose günstig, in schweren Fällen und namentlich bei alten Leuten ungünstig. Dr. P. K.

Verwendung des Cocaïn in der Ohrenheilkunde. Von Prof. E. Zaufal. (Separat-Abdruck aus der Prager med. Wochenschrift No. 47, 1884. Vortrag vom 14. November im Verein deutscher Aerzte in Prag) nebst

Bemerkungen des Referenten zu den Erfahrungen und Bemerkungen des Herrn Prof. Zaufal.

Referent hatte bereits im Juli und August des verflossenen Jahres, zu einer Zeit, zu welcher gewiss auch von anderer Seite schon mit Cocaïn, wenigstens die Augen betreffend, Versuche angestellt, aber noch nichts publicirt worden waren, sich von Hrn. E. Merk in Darmstadt Cocaïn. p. und Cocaïn. muriat. zu Versuchen kommen lassen. Dieselben betrafen zunächst einen sehr hypochondrischen, hochgradig Gehörleidenden, welcher zugleich Morphiophage war und bei dem, wie es schien, in Folge der Incorporation grosser täglicher Morphiumdosen die Ohrgeräusche sehr gesteigert worden

waren. Die Angaben nun, welche sich in dem letzterschienenen Handbuch der Arzneimittellehre von Nothnagel und Rossbach über Cocaïn, dessen local anästhesirende und die das Allgemeingefühl hebende, Euphorie erzeugende Wirkung finden, sollten an diesem Kranken geprüft werden. Allerdings verscheuchten die subcutanen Injectionen einer 10procentigen Cocaïn-Lösung bei der zeitweise zu Selbstmordideen sich steigernden deprimirten Gemüthsstimmung letztere auf halbe Tage vollständig; die Ohrgeräusche nahmen jedoch jedesmal in Form von Pulsationsphänomenen erheblich zu. Mit Bezug auf die von Rossbach in diesem seinen Buche so sehr betonte local anästhesirende Wirkung des Mittels aber versuchte ich dasselbe auch örtlich vor der nunmehr in Aussicht genommenen Tenotomie des Tensor tympani, sowohl in Form von Ohrbädern (Spirit. v. rect., 50 : 5), als auch in Form von Injectionen einer wässrigen Solution per Koniantron direct in die Paukenhöhle. Es war unzweifelhaft, dass, wie die Untersuchung mit der Sonde erwies, jedesmal die Empfindlichkeit der Wände des äusseren Gehörganges, wie auch die der Oberfläche des Trommelfelles, selbst jener unmittelbar hinter dem Hammergriff gelegenen Parthien danach erheblich herabgemindert war, ja auf 5—10 Minuten ganz verschwunden zu sein schien; auch die Injection der Hammergriffgefässe war auf kurze Zeit zurückgetreten. Letzteres glaubte ich auf die Spiritus-Wirkung beziehen zu müssen. Bei der Tenotomie des Tensor tympani, die bald darauf mit allerdings nur theilweisem Erfolg vorgenommen wurde (Schwindel verschwunden, Ohrgeräusche geblieben, Hörvermögen in geringem Grade gebessert), behauptete Patient, kaum etwas von Schmerz verspürt zu haben; er zuckte weder beim Einstich in die Membran noch bei Durchschneidung der Sehne. Bemerkenswerth schien mir aber die verzögerte Heilung der kleinen Operationswunde (9 Tage), wie auch bei späteren Operationsfällen.

Mit Bezug nun auf meine bis zum October noch wenig ausgedehnte Erfahrung mit dem neuen Mittel beschränkte ich mich in der October-Nummer der Monatsschrift (im Anschluss an die damals einige Tage vorher von Wien aus erst geschehene Mittheilung der Wirkung des Mittels bei Kehlkopfaffectionen und die mit demselben gemachten günstigen Erfahrungen) darauf, ganz kurz bekannt zu geben, dass auch mir Cocaïnlösung zur Anästhesirung des äusseren Gehörganges und Trommelfelles gute Dienste geleistet habe, dass es aber, besonders innerlich und subcutan verabreicht, Ohrgeräusche und Pulsationsphänomene zur Folge habe. Beides kann ich nach inzwischen reichlicheren Erfahrungen nur bestätigen und einige Angaben Zaufal's noch vervollständigen.

Hrn. Prof. Zaufal (welcher von meiner früheren Mittheilg. vom October absolut nichts erwähnt) stand bis zum Tage seiner Publication auch erst ein beschränktes Beobachtungsmaterial zu Gebote. Gemäss den von ihm in obigem Aufsatze gemachten Angaben scheint es, dass von ihm stets nur wenige Tropfen der Cocaïnlösung (2, 4) in den Gehörgang gebracht wurden. Damit gelang es ihm in 3 Fällen bei jugendlichen Individuen mittelst einer 2procentigen Lösung eine Anästhesirung des Trommelfells, wie die Untersuchung mit der Sonde ergab, zu erzeugen. Das erste Mal war dieselbe erst nach 27 Minuten perfect, im zweiten Falle nach 20 Minuten, im dritten Falle nur unvollkommen, d. h. die Empfindlichkeit war nur in der hinteren Trommelfellparthie nicht geschwunden nach 30 Minuten. Diesen 3 posi-

tiven Resultaten stellt er 3 negative gegenüber, in welchen bei älteren männlichen Individuen jeder Erfolg ausblieb, obschon der Autor geglaubt hatte, durch vorherige Anwendung einer 5procentigen Sodalösung in Glycerin zum Zwecke der Verseifung des dem Trommelfell anhaftenden Cerumen und der Maceration der Epidermisschichte den Erfolg zu sichern. Referent kann letzterem Umstande nach seinen bisherigen Erfahrungen nur einen die Cocaïnwirkung hemmenden Einfluss zuschreiben. Und warum sollte man nicht vielmehr auch a priori voraussetzen dürfen, dass an einer Localität, wo die Nerven so oberflächlich liegen, dass schon die leiseste Berührung eine recht heftige Schmerzreaction hervorruft, auch ein relativ so eminent tief greifendes, Schmerz linderndes Mittel in der gehörigen Concentration und Solution als länger dauerndes Ohrbad angewandt, welches den Nerven in seinem ganzen Verlauf im Meatus audit. ext. betrifft, im umgekehrten Sinne sofort wirken müsse? Ref. hat bisher die Anästhesirung des Trommelfelles stets erreicht mittelst einer 10procentigen reinen Spiritus-Cocaïnlösung! Diese günstigere Erfahrung mag aber vielleicht darauf zu beziehen sein, dass er nicht nur 3—4 Tropfen in den Gehörgang bringt, sondern, wenn zum Zwecke einer Operation, bisher stets ein 5—10 Minuten dauerndes Ohrbad mit der Cocaïnlösung einige Tage hintereinander wiederholt in Anwendung zog; auch auf Rechnung der Alcoholeinwirkung mag ein Theil der günstigeren Erfahrungen wahrscheinlich gesetzt werden dürfen. — Zaufal fiel es ebenfalls in seinen Fällen auf, dass trotz der häufigen Berührungen des Trommelfells zum Zwecke der Sondenuntersuchung nicht wie sonst danach Gefässinjectionen zum Vorschein kamen. Diese Beobachtung kann Referent bestätigen. Wenn ferner Herr Zaufal s. Z. noch nicht Gelegenheit hatte, zu erproben, ob Cocaïn auch bei Otitis furunculosa die Schmerzhaftigkeit herabsetze und den Furunkel derart zu anästhesiren, so dass er schmerzlos incidirt werden könne, so kann Referent auf Grund zweier Erfahrungen mit starken Spiritus-Cocaïn-Ohrbädern eine durchaus bejahende Antwort auf letzteres geben. Freilich wird man für's erste bei der enormen Preissteigerung des Mittels von weiteren derartigen theueren, gerade nicht absolut erheischten Erleichterungsmitteln abstehen müssen.

Herr Z. hatte Cocaïn auch zur Anästhesirung der Paukenhöhlenschleimhaut bei grossen Perforationen des Trommelfells versucht. In dem einen Falle konnte nach 20—25 Minuten vollkommene Unempfindlichkeit der Promontoriumschleimhaut constatirt werden, und in einem zweiten erschien (nach 18 Minuten) die Empfindlichkeit sogar erhöht, während in einem 3. Falle mittelst der 5procentgn. Cocaïnlösung bei einem sonst gegen jeden Eingriff sehr empfindlichen Knaben die Entfernung der Granulationen mit der Schlinge ohne Widerstand und Schmerzhaftigkeit vorgenommen werden konnte; ebenso bei einem 18jährigen Kellner die Abtragung eines Granulationsrestes mittelst der Schlinge nach vorheriger Application von einer 5procentgn. Cocaïnlösung, während am Tage zuvor ohne letzteres Mittel die Entfernung der Granulationen sehr schmerzhaft gewesen. Unwirksam zeigte sich Herrn Z. schliesslich das Mittel in einem Falle von Otitis squamosa, „ja es trat hier nach 45 Minuten sogar erhöhte Empfindlichkeit auf", und bei einer 30jährigen Frau mit Sclerose der Paukenschleimhaut sei die Injection der C.-Lösung per Catheter in die Pauke? nicht von Reizsymptomen gefolgt gewesen.

Während Prof. Z. noch vor überspannten Hoffnungen in Betreff des Cocain. mur. warnen zu müssen glaubt, ist Ref. seinen bisherigen Erfahrungen nach der Ansicht, dass gutes Cocaïn. muriat. Merk (es scheinen negative Erfahrungen nicht selten von schlechten oder verdorbenen Präparaten des bei Verunreinigung leicht zur Zersetzung geneigten Mittels abzuhängen) einer 5—10—15procentigen Lösung in Spirit. v. rectificatissimus als Ohrbad vorher nöthigen Falls mehrmals angewandt, stets eine zur Sicherung difficiler Operationen am und hinter dem Trommelfell hinreichende Anästhesie hervorzubringen im Stande sei. Das aber scheint zunächst weiter geprüft werden zu müssen, ob die Cocaïnapplication nicht die schnelle Wundheilung beeinträchtige und nicht in der That einen dauernd ungünstigen Einfluss auf von gewissen Krankheits-Processen abhängige Ohrgeräusche äussere? Weber-Liel.

---

b) Rhinologische:

Die Degeneration des Epithels der Riechschleimhaut des Kaninchens nach Zerstörung der Riechlappen derselben. Von Dr. Alessandro Lustig. (Band LXXXIX. d. Sitzungsb. d. K. Academie der Wissensch., Januarheft 1884.)

Die bisher am Nervus olfactorius vorgenommenen Durchschneidungsversuche haben viele Controversen bezüglich der am Riechepithel eintretenden Degenerationen ergeben und zwar, weil die Durchschneidungen am Tractus olfactorius vorgenommen wurden, bei welcher Methode die Ausbreitungen der Geruchsnerven in Verbindung mit dem Bulbus olfactorius bleiben. L. zerstörte 12 Kaninchen einen oder beide Riechlappen durch Auskratzen mit dem scharfen Löffel oder Versengen mit dem Glüheisen, nachdem er durch einen Querschnitt zwischen den Augen und Eröffnen des mittleren Theiles der Pars frontalis, wobei Sinusblutung vermieden wurde, das Terrain freigelegt hatte. Die 9 überlebenden Thiere tödtete er am 15.—65. Tage durch Verblutenlassen; nachdem der Grad der Zerstörung der Riechlappen untersucht und die Abwesenheit einer Eiterung in der Nasenhöhle constatirt war, wurden die oberen Theile des Septums und die oberen Muscheln bis zur Dunkelfärbung in 1pctige Osmiumsäurelösung gelegt, dann in destill. Wasser gebracht und innerhalb 24 Stunden untersucht. Die Isolirung geschah auf dem Objectträger in ¼pctiger Chlornatriumlösung. In allen Fällen, wo die Zerstörung der Riechlappen vollständig war, fand sich ausgesprochene Entartung der Riech- und der Epithelialzellen. Die Entartung wurde niemals aus geringen Form- oder Grösseveränderungen oder dem Fehlen einzelner morpholog. Elemente der Riechschleimhaut, sondern nur aus Textur veränderungen der Zellen erschlossen; diese Veränderungen sind die der Fettmetamorphose. Der centrale und periphere Fortsatz der Riechzellen, an in obiger Weise präparirter normaler Schleimhaut stets leicht nachweisbar, liessen sich an den operirten Thieren nicht mehr oder nur theilweise nachweisen; um den Kern zeigt das Protoplasma Fetttröpfchen in variabler Quantität; die Riechhärchen waren in keinem Falle mehr zu constatiren. Das definitive Schicksal der Riechzellen bleibt unbestimmt, doch unterliegen sie wahrscheinlich dem Zerfalle, da sich 65 Tage nach der Operation nur noch wenige der veränderten Zellen finden liessen. Die Epithelzellen zeigen ebenfalls fettige Degeneration um den Kern und in ihrem centralen Fortsatze, der Flimmerhärchen sind sie fast ausnahmslos verlustig gegangen Endlich finden sich Zellen, die sich mit Osmiumsäure nur matt färben, von spongiösem Aussehen und mit weniger scharf begrenztem, schwach lichtbrechendem Kerne versehen. Die Zeit, innerhalb welcher die Degeneration vollständig wird, ist nicht bestimmt; die Kerne des subepithelialen Netzwerkes betheiligen sich an der fettigen Degeneration; über das Schicksal der Netzsubstanz liess sich Nichts eruiren. Götze.

Einige Bemerkungen über Rhinolithen. (Quelques remarques sur les rhinolithes.) Von Dr. Schmiegelow. (Copenhagener Congress und Revue mensuelle de laryngologie No. 11.)

Ziemlich selten, ist ihre Diagnose oft mit Schwierigkeiten verbunden. Verf. berichtet über einen interessanten Fall von Nasenstein: Ein 58jähr. Mann litt seit seinem 16. Jahre an totaler linksseitiger Nasenverstopfung mit eiterigem Ausfluss; ein dunkler harter Tumor nahm den unteren und mittleren Nasengang ein und umfasste auf diese Weise die untere Nasenmuschel; hart, unbeweglich, vom Nasenrachenraum aus nicht sichtbar. Es musste eine förmliche Lithotripsie gemacht und so der Fremdkörper entfernt werden. Die Masse bestand aus wenig organischen Stoffen, grösstentheils aus phosphorsaurem Kalk, phosphorsaurer Magnesia, kohlensaurem Kalk und Chloriden.

Interessant bei dem Patienten war, dass er während fünf Jahren bei jeder Aufregung an der linken Hälfte des Kopfes sehr stark schwitzte und dass letzteres Phänomen während der 4 letzten Jahre verschwunden war: es war eine vasomotorische Reflexneurose, hervorgerufen durch Reizung einiger Trigeminusfasern der Nase; als der Stein immer wachsend die Nasenmucosa zerstörte, wurden diese früher gereizten Fasern mit zerstört und das Phänomen hörte auf.

Klagt ein sonst gesunder Mensch über seit langen Jahren bestehendes Verstopftsein eines Nasenloches mit eitrigem Ausfluss, findet man bei der Untersuchung einen harten Körper, so muss man an einen Rhinolithen denken; wenn Difformität im Gesichte dabei bestände, so muss die Möglichkeit eines Sequesters auch angenommen werden. Dr. P. Koch.

Zur Diagnose und Therapie der mit Nasenkrankheiten zusammenhängenden Reflex-Neurosen. Von Dr. Wilhelm Roth. (Vortrag in der k. k. Gesellschaft in Wien, 21. December 1884.)

R. stellt sich die Frage, ob man in den objectiven Nasenbefunden einen sicheren Anhaltspunkt besitze, um jene Fälle, wo den Neurosen Veränderungen der Nasen-Schleimhaut zu Grunde liegen, mit Sicherheit zu erkennen.

Nach seinen Auseinandersetzungen scheint er diese Frage nicht bejahen zu können, und meint, dass man dies im gegebenen Falle nur durch Ausschluss aller anderen, ähnliche Erscheinungen hervorrufenden Organ-Erkrankungen bestimmen könne.

Zum Schlusse stellt er folgende Indicationen für ein operatives Einschreiten bei pathologischen Veränderungen an der Nasenschleimhaut auf:

1) Wenn Symptome von Seite der Nase angegeben werden.

2) Wenn Reflex-Neurosen vorhanden sind, ohne dass man für das Zustandekommen derselben irgend eine (andere) Organ-Erkrankung verantwortlich machen könnte.

3) Wenn Reflex-Neurosen vorhanden sind und sich das locale Nasenleiden mit irgend einer Organ-Erkrankung complicirt; es wird dann durch Ausschaltung des pathologischen Reizes in der Nase die Beurtheilung des Krankheitsfalles wesentlich erleichtert, zuweilen sogar in den allgemeinen Krankheits-Erscheinungen eine wesentliche Besserung erzielt.

(Man müsse also immer operiren. Ref.) E. J.

Ueber Nasenbluten. (De l'épistaxis.) Von Dr. Voltolini. (Revue mensuelle de laryngologie No. 9.)

Die Nasenmuscheln, an sich schon die dünnsten Knochen des Skelettes, werden noch zerbrechlicher durch die vielen sie durchbohrenden Oeffnungen. Sie sind von schwammigem Gewebe umgeben (Portio cavernosa), ähnlich den Corpora cavernosa penis. Dieses schwammige Gewebe enthält grosse Hohlräume, welche von klaffenden Gefässen gefüllt sind. Diese Anhäufung von Blut in der Nase scheint einerseits als Wärmeregulator zu dienen, damit die Luft nicht zu kalt in die Lungen gelange, andererseits den zahlreichen Schleimdrüsen hinlänglichen Stoff zur Secretion zu liefern, damit die Nase trotz dem fortwährenden Durchstreifen der Luft immer feucht bleibe und der Geruchsinn functioniren kann. Der Bau der Muscheln, ihre Richtung und die Structur der Gefässe erklären hinlänglich die Möglichkeit lebensgefährlicher Nasenblutungen. Dieffenbach hat schon auf die gefährlichen Nachblutungen bei Operationen in der Nase hingewiesen und V. kann selbe nur bestätigen. V. macht auf eine wenig bekannte Form von Nasenbluten aufmerksam: er erzählt die Krankengeschichte eines 42 Jahre alten Mannes, der zu verschiedenen Malen seiner Epistaxis fast erlegen; man konnte die Ursache der Blutung nicht finden, bis endlich bei Sonnenbeleuchtung mit seinen neuen Nasenspiegel zwischen unterer und mittlerer Nasenmuschel nahe am Antrum Highmori ein kleiner, blutender Tumor entdeckt wurde; letzterer wurde galvanocaustisch zerstört und seitdem ist Patient geheilt. Der Tumor war wahrscheinlich ein kleines Angiom. Andere chronische sehr schwer zu stillende Blutungen kommen aus einem kleinen Punkte des vorderen Theiles der knorpeligen Nasenscheidewand und sind varicöser oder teleangiectatischer Natur; V. giebt ein schlagendes Beispiel dieser Art von Blutung. Blutungen können ferner durch Diapedesis kommen; V. giebt ein Beispiel dieser Blutung. Die teleangiectatischen und die varicösen Blutungen sind bis jetzt nicht von den Anatomen beschrieben worden.

Was die prädisponirenden Momente der Blutungen im Allgemeinen betrifft, so kann man nur auf die Anatomie der Nase verweisen.

In Bezug auf die Behandlung der Blutungen bleibt die galvanocaustische das beste, durch keine andere Medication zu ersetzende Mittel; man muss natürlich vorher die Quelle der Blutung aufgesucht haben. V. rühmt seine Instrumente und zieht zur Beleuchtung das Sonnenlicht vor. Man muss nicht mit der weissen, sondern mit der rothen Glühhitze die betreffende Stelle brennen. Handelt es sich um eine Blutung per diapedesin, so geht man mit dem flachen Galvanocauter über die betreffende Stelle; nachher werden kalte Aufschläge gemacht, bis sich Eiterung zeigt. Die Nachbehandlung ist wichtig; schädliche Einflüsse können Pyämie und Meningitis nach der Operation hervorrufen: Die Patienten sollen bis nach Verschwinden der Reactionserscheinungen das Zimmer hüten; sie dürfen nicht gleich nach der Operation reisen. Müssen sie dennoch reisen, so soll die Nase mit Salicylwatte zugestopft werden, weil eine operirte Nase den schädlichen Einflüssen sehr ausgesetzt ist. Nie brauchte V. die blutende Stelle mehr als einmal zu brennen; er empfiehlt eine von Brade (Breslau, Hummerei) construirte Batterie.

Andersartige Blutungen, deren Quelle man nicht findet, können lebensgefährlich werden. Das schnellste Mittel ist, die Nase während 5 bis

10 Minuten hermetisch zuzuhalten und den Kopf des Patienten nach vorn zu bücken; vernachlässigt man letzteres, so fliesst das Blut in grossen Quantitäten in den Magen. Genügt diese Manipulation nicht, so tamponirt man die Nase mit trockener Watte mittelst des Voltolini'schen Speculums und langen Polypenzangen; die Tampons sollen nicht länger als 24 Stunden liegen bleiben. Genügt das noch nicht, so soll man keine Zeit mit Einspritzungen oder der Belloc'schen Röhre verlieren; man lässt die vorderen Tampons an Ort und Stelle und tamponirt die hinteren Nasengänge mittelst trockener Watte und einer eigens dazu gekrümmten Polypenzange, welche man 5—10 Minuten lang durch Druck wirken lässt. Zur grösseren Sicherheit kann man letztere Tampons mittelst eines zum Munde heraushängenden und am Ohre befestigten Fadens fixiren. Die Tampons führen sich am besten mittelst vom Autor angegebener Instrumente ein. V. stellt die unbequeme Seite der Belloc'schen Röhre dar.

Dr. P. Koch.

Nasenstenose als Ursache des Nasen- und des Nasenrachencatarrhs. (De la Sténose nasale considéré connue cause du catarrhe nasal et rétronasal.) Von Dr. W. J. Walsham. (The Lancet, December 1883 und Revue mensuelle de laryngologie No. 10.)

Viele Catarrhe heilen nur nach Beseitigung einer Nasenstenose. Deviation der Nasenscheidewand, Hypertrophie der Muscheln, Necrose, Polypen müssen zuerst geheilt werden. Dr. P. K.

Primäres Epithelialcarcinom der linken Nasenhälfte. (Cancer epithélial primitif de la fosse nasale gauche.) Von Dr. Charles Delstauche und Dr. Marique. (Annales des maladies de l'oreille, du larynx et des organes connexes, No 3.)

Ein schlecht aussehender 53jähriger Mann klagt über linksseitige Taubheit und Verstopftsein des linken Nasenloches. Vor 4 Jahren war er in betrunkenem Zustande rückwärts auf das Trottoir gefallen, hatte eine Hautwunde am Occiput davongetragen und blutete aus dem linken Nasenloch; es bestand also hier eine Wunde, hervorgebracht durch Contrecoup. Seither bestanden die erstangeführten Symptome. Beide Trommelfelle sind verdickt, das linke Ohr ist taub, Catheterismus rechts leicht, links sehr schwierig. Im linken unteren Nasengang ein leicht blutender, leberartig aussehender, in der Tiefe wurzelnder Tumor; derselbe ist mittelst Digitalexploration im Nasenrachenraume zu fühlen. Eine theilweise Exstirpation wurde vorgenommen und das Miscroscop zeigte das Bild eines Epithelialcarcinoma's. Die Krankheit machte natürlich ihre Fortschritte, der Tumor wuchs nach allen Seiten hin, ragte durch den perforirten harten Gaumen bis in den Mund und brachte Erstickungserscheinungen. Der Tod erfolgte endlich. Die sehr genau ausgeführte Section ergab die grossartigsten Zerstörungen und Ausdehnung des Neoplasma in allen benachbarten Höhlen. Das Microscop zeigte ein Epithelioma mit Pflasterzellen.

Schlüsse: Die Ursachen der malignen Nasentumoren sind dunkel; genaue Beschreibungen derselben sind selten, nur die von Dr. R. Wreden (St. Petersburg) ist vollständig. In beiden Fällen scheint der Tumor seinen Ausgangspunkt von den Ethmoidalzellen in der oberen Nasenmuschel genommen zu haben. In dem hiesigen Falle bringen die beiden Autoren

den Beginn der Neubildung in Zusammhang mit dem Sturze auf's Trottoir; sie nehmen nach dem Beispiel von Michel in Cöln an, dass der Anfangs einfach polypöse Tumor sich in malignes Neugewebe umgewandelt hat.

Dr. P. Koch.

Cocaïn. mur. bei Nasen- und Rachen-Affectionen. (Abdruck a. d. Referat d. deutsch. Medicinal-Ztg über d. Sitzung d. Berl. med. Ges. v. 7. Januar 85.

Herr Prof. B. Fränkel äussert sich über Cocaïn folgendermaassén in der Discussion:

Es ist eine immer wiederkehrende Thatsache, dass jedes neue Mittel mit einem gewissen Enthusiasmus aufgenommen wird. Dann kommt eine Zeit, wo derselbe verschwindet, weil sich Uebelstände bei der Anwendung des Mittels herausstellen, oder die Hoffnungen sich nicht erfüllen. Redner ist der Ueberzeugung, dass dem Cocaïn gegenüber der Enthusiasmus nicht nachlassen werde, da der Arzneischatz durch dasselbe entschieden eine äusserst werthvolle Bereicherung erfahren habe. Aus seiner eigenen Erfahrung kann Redner die von Jellinek mitgetheilten Beobachtungen bestätigen, dass man bei Cocaïn-Anwendung jede Schleimhautoperation in Nase, Schlund und Kehlkopf, selbst bei tieferem Eindringen, durchaus schmerzlos ausführen kann. So war es z. B. vor wenigen Tagen Prof. Jul. Wolff durch Anwendung des Cocaïn möglich, die Anfrischung einer Gaumenspalte ohne jede Schmerzempfindung des Pat. vorzunehmen. Ferner bildet das Cocaïn wegen der durch dasselbe erzielten Anästhesie mit Aufhebung der Reflexthätigkeit ein wesentliches Unterstützungsmittel der Untersuchungsmethode der Rhinoscopie und Laryngoscopie. Am Kehlkopf des lebenden Menschen kann man jetzt ebenso leicht operiren, wie das früher am Phantom der Fall war. Dasselbe lässt sich von den Operationen in Nase und Nasenrachenraum sagen.

Die Sicherung der Diagnose bei Reflexneurosen der Schleimhaut ist durch die Verwendung des Cocaïn in ein ganz neues Stadium getreten, da, wenn die Schlussfolgerung richtig ist, bei Bepinselung mit dem Mittel der Reflex verschwindet. B. hat augenblicklich einen Pat. in Behandlung, bei dem eine krampfartige Mitbewegung verschiedener Muskeln des Gesichts und des übrigen Körpers bei der Berührung des Schlundes statthat. Seitdem Pat. nun mit Cocaïn gepinselt wird, ist eine so günstige Aenderung in seinem Befinden eingetreten, dass man mit der Sicherung eines physiologishen Experiments den Zusammenhang zwischen dem reflexerregenden Ort und der Reflexneurose nachweisen kann. Eine ganz besondere, schon von Jellinek angedeutete Erscheinung ist die Abschwellung geschwollener Schleimhäute. Wenn man die geschwollene Schleimhaut der Nasenmuschel mit einer 20prctg. Cocaïnlösung bepinselt, so fällt dieselbe soweit zusammen, dass die darunter liegenden cavernösen Gewebe vollständig entleert erscheinen. Bezüglich der Frage, ob durch gehäufte Anwendung des Cocaïn in solchen Fällen völlige Heilung zu erzielen ist, ist B. noch nicht im Stande, ein abschliessendes Urtheil abzugeben. Jedenfalls ist bei der Rhinoscopia anterior das Cocaïn ein ganz bedeutendes Unterstützungsmittel, welches dauernd dem Arzneischatz einverleibt bleiben wird.

Cocaïn bei intranasalen Operationen. (Cocaine in intra-nasal surgery.) Von W. C. Jarvis in New-York. (The Medical Record, 13. December 1884.)

Jarvis zieht aus seinen Erfahrungen folgende Schlüsse: 1) Cocaïn (in 4prctg. Lösung) ist nicht nur bei oberflächlichen, sondern auch bei tiefer eingreifenden Operationen in der Nasenhöhle zur Erzeugung von Localanästhesie verwendbar. 2) Bei tiefer eingreifenden Operationen muss die Application mehrmals wiederholt werden. 3) Die Anwendung schneidender Instrumente wird durch die Behinderung der Schleimsecretion, von Blutung und Niesreiz erleichtert. 4) Je concentrirter die Cocaïnlösung, um so stärker die Wirkung. 5) Die Wirkung des Rhigolinsprays ist eine raschere und tiefere, ist aber von kürzerer Dauer, als die der Cocaïnlösung. (Rhigolin darf wegen der Gefahr der Explosion nicht bei künstlicher Beleuchtung gebraucht werden.) 6) Cocaïn und Rhigolin können mit Vortheil combinirt angewendet werden.

A. Schapringer (New-York).

Cocaïn. Brief an den Herausgeber der Lancet 1884, Nov. 29. Von Dr. Henry Butlin.

Verf., welcher an Migräne leidet, liess sich von Semon die untere Muschel ätzen, was ihm so schmerzhaft war, dass er all seine Willenskraft zusammennehmen musste, um stille zu halten. Nachher bekam er einen Migräneanfall so stark, wie er ihn sich kaum erinnerte. Das folgende Mal pinselte ihm Semon die Nasenschleimhaut vorher zweimal mit einer 20pctg. Cocaïnlösung in Zwischenräumen von 5 Minuten; nach weiteren 5 Minuten machte Semon eine viel ausgedehntere Aetzung wie das erste Mal; der Schmerz war dabei ein sehr geringer. Nachher trat kein Migräneanfall auf.

(Ref. hat auch Cocaïn im Kehlkopf und in der Nase mit sehr günstigem Erfolge vielfach angewendet.) M. Schmidt.

Die Krankheiten des Halses und der Nase. (A manual of diseases of the Throat and Nose including the pharynx, larynx, trachea, oesophagus, nose und nasopharynx.) Von Morell Mackenzie M. D., London. Vol. II. gr. 8°°. pag. 575. London. J. and A. Churchill. 1884.)

Das nunmehr vollständig vorliegende Werk des geschätzten englischen Autors behandelt in zwei stattlichen Bänden die Krankheiten des Halses und der Nase. Seit 12 Jahren unter der Feder des Autors, musste das Buch, entsprechend der rapiden Entwicklung der neuen Specialität, verschiedentlich geschrieben und wieder geschrieben werden. C. Taylor und Gordon Holmes dankt der Verfasser in der Einleitung für ihre Unterstützung bei clinischen Untersuchungen und literarischen Nachforschungen während der Entstehung des Werkes. Das Material wird in 5 Capiteln, als Krankheiten des Pharynx, Larynx, der Trachea, des Oesophagus und der Nase, abgehandelt; die Krankheiten des äusseren Halses konnten nicht mit aufgenommen werden; jeder einzelne Abschnitt wird eingeleitet durch eine genaue Darlegung der anatomischen Verhältnisse der betreffenden Organe und ihrer Nachbarschaft, so weit es für das clinische Verständniss nöthig ist. Es folgt dann weiter eine durchweg vorzügliche, detaillirte Beschreibung der Untersuchungsmethoden der einzelnen Organe, sowie der

für die chirurgische und local medicamentöse Behandlung erforderlichen Instrumente; die grosse Mehrzahl derselben ist in sehr guten Abbildungen wiedergegeben; die Vortheile concurrirender Instrumente verschiedener Autoren in sachlicher Weise nach den eigenen, ausgedehnten Erfahrungen Mackenzie's nebeneinander gestellt. Fast ebenso verschwenderisch ist das Buch ausgestattet mit den Text erläuternden Abbildungen pathologischer Processe, was namentlich von dem Abschnitte der Larynxkrankheiten gilt, und was dem Buche noch einen ganz besonderen Vorzug verleiht.

Einen weiteren, sehr wesentlichen Vorzug des Werkes bilden ferner die genauen Nachweise der einschlägigen Literatur; die Geschichte der einzelnen Krankheiten und der Entwickelung der heute für die einzelnen Krankheiten feststehenden Therapie ist überall mit sichtlicher Vorliebe behandelt und es findet somit der Leser in dem Werke zugleich auch eine Geschichte der neu sich entwickelnden Specialität. Für die Eintheilung ist im Wesentlichen die pathologische Anatomie als Basis benutzt, doch sind strenge Classification und logische Präcision nur durch Aufstellung mittelst pedantischer Unterabtheilungen aufrecht zu erhalten und wo verschiedene Abschnitte der Luftwege gleichzeitig befallen sind, die pathologischen Phänomene contiguirlicher Theile gleichzeitig behandelt. Die pathol. Anatomie der einzelnen Erkrankungen ist so weit als möglich berücksichtigt. Die Schilderung der Symptomatologie der einzelnen Krankheiten, ihrer Aetiologie und Prognose ist überall eine ausführliche und durchweg vorzügliche, die Indicationen in den einzelnen Stadien, wo nöthig im Rahmen eines Krankheitsbildes, so z. B. beim Croup, scharf präcisirt. Einzelne Capitel als besonders gelungene hervorzuheben, hiesse dem vielen Guten des Buches Unrecht thun. Der Therapie ist überall die ihr gebührende Stellung eingeräumt, doch dürfte, wenigstens in Deutschland, die von M. vielfach betonte Möglichkeit, local entzündliche Processe durch Anwendung innerer Medicamente zu coupiren oder specifisch zu beeinflussen, auf Widerspruch stossen; ebenso wenig dürfte vielleicht der von M. betonte Nutzen des Eisens bei der Diphtherie, oder sein in der Vorrede auseinandergesetzter Standpunkt über die Syphilis und deren Behandlung bei uns anerkannt werden. Dass in einem Buche von dem Umfange des vorliegenden Irrthümer unvermeidlich sind, betont M. in der Vorrede zum zweiten Bande ausdrücklich. Zu diesen dürfte wohl vor Allem das Capitel über acute Oesophagitis (nicht traumatischen, chemischen oder thermischen Ursprunges) zu rechnen sein. M. glaubt allerdings, dass sich eine gewisse Neigung entzündlicher Vorgänge, vom Pharynx oder Magen auf den Oesophagus überzuwandern, werde constatiren lassen, sobald man nur sich gegen die Existenz der acuten Oesophagusentzündung nicht mehr so skeptisch wie bisher verhalte, doch lassen seine eigenen Fälle andere Ursachen, wie z. B. übermässigen Genuss von Spirituosen, nicht ausschliessen, und in den beiden von M. beobachteten Fällen von Oesophagusdiphtherie scheint die Annahme einer Infection durch verschluckten Speichel näher zu liegen, als die einer Propagation des Processes vom Pharynx auf die Speiseröhre. Von derartigen kleinen Anständen könnte vielleicht noch der eine oder andere angeführt werden, doch sind sie selten und nicht im Stande, der Vorzüglichkeit des Buches Abbruch zu thun. Dem Practiker wird das Buch ein guter Rathgeber, dem Specialisten eine willkommene Gelegenheit sein, die An-

schauungen eines der bedeutendsten englischen Mitarbeiter auf dem Felde seiner Thätigkeit ausführlicher kennen zu lernen. Die Compendiosität des Werkes verhindert leider, wenigstens für deutsche Verhältnisse, dass man es auch zur Einführung in die Specialität für Studirende empfehlen könnte. Zugleich mit der englischen erscheint im Verlage von Hirschwald in Berlin auch eine von Felix Semon besorgte deutsche Ausgabe, in welcher divergirende Ansichten des Herausgebers in Form von Anmerkungen ziemlich zahlreich niedergelegt sind; in den Capiteln über Oesophagoscopie, Nasenpolypen, adenoide Vegetationen, trockener Nasencatarrh, hat Semon von dieser Erlaubniss des Verfassers ausgedehnteren Gebrauch gemacht als uns verständlich; doch gewähren diese Capitel das Interesse, zugleich die Ansichten eines zweiten und zwar deutsch-englischen Specialisten des Näheren kennen zu lernen. Der Gebrauch beider Ausgaben wird durch ein sehr ausführliches, von M. Hovell besorgtes Autoren- und Sachregister zu einem bequemen gemacht. In einem Anhang werden eine Reihe von speciellen Formeln, meist der „Throat Hospital Pharmacopoea" entnommene und vom Autor als besonders wirksam erprobte, beigegeben. G.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber die Classification der Kehlkopfneurosen. (On the classification of laryngeal neuroses.) Von Louis Elsberg, New-York. (Philad. Med. Times, October 18, 1884.)

Verf. unterscheidet laryngeale Dyskinesia (motorische Störungen) und Dysaesthesia (sensible Störungen). Letztere theilt er folgendermaassen:

I. Hypaesthesia: 1) Anaesthesia, 2) Analgesia (Analgia, Anodynia), 3) Anaesthesia dolorosa, 4) Tactile Hypaesthesia und Hypalgia, 5) Reflexhypaesthesia.

II. Hyperaesthesia: 1) Tactile Hyperaesthesia, 2) Hyperalgia (Algesia, Hyperalgesia) (spontane, durch äussere Einflüsse; periphere, im Nervenstamm oder Neuralgia; constant, paroxysmale oder wahre Neuralgia), 3) Reflexhyperaesthesia (musculäre Wirkungen [Husten, Würgen, Krampf], circulatorische Wirkungen [Erröthen, Erblassen], secretorische Wirkungen).

III. Paraesthesia: Die Veränderungen der Sensibilität sind so mannigfaltige, dass es unmöglich ist, sie zu classificiren oder alle aufzuzählen. Es kommen dabei Störungen der tactilen, schmerzhaften und Reflexsensibilität vor; unter den ersten sind am häufigsten die Gefühle von Hitze oder Brennen und das Gefühl eines Fremdkörpers; letztere je nach der Gestalt des gefühlten Körpers als: 1) Sphäraesthesia, 2) Zonaesthesia oder Strangalaesthesia, 3) Akanthaesthesia. (No. 1 umfasst die kugligen Körpergefühle, No. 2 die bandartigen, ringförmigen, No. 3 die spitzen, schneidenden Gefühle.)

Was die motorischen Störungen anlangt, so folgte Verf. der Mandlschen Eintheilung der Hypokinesia, Hyperkinesia und Parakinesia, doch lassen sich die beiden letzten Klassen clinisch nicht trennen, er fasst sie unter dem Namen Krampf der Paralyse gegenüber zusammen. Bei der Lähmung sämmtlicher Muskeln, mit Ausnahme der vom Nerv. lar. sup. versorgten, soll der Rand der Stimmbänder, wie Verf. schon früher angegeben, leicht concav sein im Gegensatz zu der Cadaverstellung, bei

welcher die Ränder gerade oder leicht convex seien. Bis jetzt ist diese Beobachtung von anderer Seite nicht bestätigt worden.

Bei der Eintheilung der Krampfformen folgt Verf. der Gerhardt-schen Eintheilung: 1) solche, welche durch directe Reizung der Kehlkopfnerven hervorgerufen werden, 2) Reflexkrampf im Kehlkopfe, 3) hysterische Kehlkopfkrämpfe, 4) functionelle.

Dazu kommen noch die inspiratorischen Krämpfe (Laryngismus stridulus) und die exspiratorischen, die verschieden tönenden Husten.

Am Schlusse vertheidigt sich Verf. gegen den Critiker des Internationalen Centralblattes für Laryngologie, der sein System „stark gekünstelt und mehr auf theoretischen Erörterungen als auf Beobachtungen am Krankenbett beruhend" nannte. M. Schmidt.

Tuberculöse Tumoren im Kehlkopfe. Endolaryngeale Exstirpation. Heilung. Von Prof. Schnitzler in Wien. (Wiener med. Presse No. 44, 1884.)

Der Fall betraf einen 21jährigen Mann, der als Kind an scrophulösen Drüsenschwellungen gelitten haben, sonst aber immer ziemlich gesund gewesen sein soll, bis er vor etwa 1 Jahr zu husten begann. Seit einigen Wochen Athemnoth, Schlingbeschwerden, Abmagerung und Fieber. Lungenbefund beiderseits: Dämpfung, bronchiales Athmen. Rasselgeräusche; in den Sputis zahlreiche Tuberkelbacillen.

Im Larynx keine Spur von Ulceration; die Stimmbänder kaum sichtbar, indem der ganze obere Kehlkopfraum von mehreren, aus der Morgagni'schen Tasche hervorragenden, bohnen- bis haselnussgrossen Tumoren ausgefüllt war. Diese waren etwas röther als die übrige Schleimhaut; an derselben zahlreiche graue und gelblich-weisse, stecknadelkopfgrosse Knötchen wahrzunehmen. Diagnose auf Tuberkel-Geschwülste. Am 30. November 1882 Tracheotomie, nach 8 Tagen Entfernung der Geschwülste mit der Kehlkopf-Guillotine.

Die von Professor Kundrat ausgeführte histologische Untersuchung ergab: „eine polypöse Wulstung der Schleimhaut durch Infiltration unter einer so reichlichen Durchsetzung derselben von miliaren Tuberkeln, dass man diesen Wulst als ein förmliches Conglomerat von Tuberkeln ansehen konnte."

Nach der Exstirpation machte Sch. Jodoform-Insufflationen. Die durch die Operation erzeugten Wunden heilten bald, die Schwellung der ganzen Kehlkopf-Schleimhaut nahm rasch ab, so dass selbst die frühere Unbeweglichkeit des Ary-Knorpels sich allmählig etwas besserte. Innerlich Arsenik und Eisen. Allgemein-Befinden besserte sich, und am 6. März 1883 wurde Pat. aus dem „Rudolfinerhause" „gesund" entlassen. Ende Mai 1883 war sein Zustand wesentlich verschlimmert. Schlechtes Aussehen, Dyspnoe, pfeifende Inspiration. Im Larynx: Taschenbänder geschwellt und geröthet, unter dem rechten Stimmbande eine flottirende Geschwulst. Die Rima erweitert sich bei der Inspiration auf Rabenfederdicke. Abermals Tracheotomie am 6. Juli 1883. Der subchordale Raum circulär besetzt von schwammigen, grau-röthlichen, in das Larynxinnere prominirenden Massen, die theils mit dem Löffel ausgekratzt, theils mit der Scheere abgetragen werden. Am 12. Juli 1883 wird ein Bruns'scher Kehlkopf ohne Stimmapparat eingelegt.

Am 26. August 1883 wird Pat. wieder „geheilt entlassen". Im März 1884 wieder Verschlimmerung. Schlechtes Aussehen, trotz Canüle keuchende und rasselnde Athmung. Auffällig war ein penetranter Geruch, den der Kranke um sich verbreitete. Keine Zunahme der Lungen-Dämpfung, diffuser Bronchial-Catarrh mit massenhaftem übelriechenden Secrete. Im Larynx: starke Röthung und Schwellung der ganzen Kehlkopf-Schleimhaut, nirgends eine Ulceration. Die Ary-Knorpel standen ziemlich weit auseinander, bewegten sich jedoch nur sehr wenig; zwischen ihnen durch war die Tracheal-Canüle zu sehen. Die

Schleimhaut war von massenhaftem gelblichen, übelriechenden Secrete belegt. Sublimat-Inhalationen, Jodoform-Insufflationen. Die Secretion nahm rasch ab, der Geruch schwand. Am 12. Juni 1884 Entfernung der Canüle, Einführung von Larynx-Cathetern; vom 1. bis 17. Juli konnte man von No. 5 bis 10 aufsteigen. Die laryngoscopische Untersuchung ergiebt einen sehr geräumigen Kehlkopf, nirgends eine Ulceration, wulstige Verdickung der falschen Stimmbänder. Innerlich Ferrum mit Arsen. Inhalationen von Natr. benz. und Ol. pini. Seit Mitte Juli gar keine Tuberkel-Bacillen nachweisbar. Sch. weist auf die Seltenheit solcher Tumoren hin, was darin seinen Grund habe, dass dieselben meist schnell zerfallen und zu Geschwürsbildung führen. Er habe nur noch zwei ähnliche Fälle gesehen. Dr. Rido in London beschrieb auch einen ähnlichen Fall. Zuerst hat H. Chiari in Wien solche Tumoren beschrieben.

Den mitgetheilten Fall hält Sch. mit Rücksicht auf den günstigen Verlauf für ein Unicum, und meint, dass man bei allem Scepticismus den günstigen Verlauf doch einzig und allein der eingeschlagenen Therapie zuschreiben muss.

E. J.

Primäre Larynxtuberculose. (Tuberculose laryngée primitive.) Von L. Rabaine. (Revue mensuelle de laryngologie No 8.)

Dyspnoe, Larynxpfeifen, Schlingbeschwerden machten die laryngoscopische Untersuchung unmöglich. Der Tod trat durch Ersticken ein (!). Tuberculose der Lungen und Leber; ausgesprochene Tuberculose und grosse Zerstörungen im Larynx; die Epiglottis zeigt das sogenannte harte Oedem; die aryepiglottischen und glossoepiglottischen Falten sind angeschwollen und mit gelatinösen Massen infiltrirt; den Zerstörungen nach zu urtheilen war die Larynxtuberculose das primäre Leiden.

Dr. P. K.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Geschichte der Contagiosität der Tuberculose. (Faits cliniques et expérimentaux pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose.) Von Dr. L. Landouzy und H. Martin. (Revue de médecine und Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, publié par la société royale de médecine de Belgique.)

Ein 6½ Monate alter Foetus kam zur Welt in einer Periode, wo die Mutter im letzten Stadium der Phthisis war; ein Stück Lunge dieses Foetus, an welchem kein Tuberkel mit blossem Auge zu erkennen war, wurde einem Meerschweinchen eingeimpft und es entwickelte sich allgemeine Tuberculose.

Mit den Bronchialganglien desselben Foetus wurden andere Thiere geimpft; diese erlagen alle der Tuberculose.

Die Fortsetzung dieser Impfungen hatte Erfolg auf drei sich aufeinanderfolgende Thierreihen.

Eine andere Reihe von Experimenten bestand darin, dass verschiedene Organe von Mutter und Foetus auf Meerschweinchen geimpft wurden: Lunge und Placenta der Mutter, Blut vom Foetusherzen brachten allgemeine Tuberculose hervor; Impfungen mit Leber, Gehirn des Foetus hatten keinen Erfolg.

Sperma tuberculös gemachter Meerschweinchen (sowohl aus den Hoden, als aus den Samenbläschen), auf andere Meerschweinchen geimpft, brachte Tuberculose hervor.

Aus diesen Experimenten kann man schliessen, dass die Erblichkeit nicht blos in einer Anlage zur Tuberculose besteht, sondern, dass schon vor der Geburt eine wirkliche tuberculöse Infection besteht, welche Infection durch Inoculation weiter geführt werden kann.

Dr. P. K.

Syphilitische Gumma im Larynx; linksseitige Cricoarytaenoidal-Gelenkentzündung, acute Paralyse des rechtsseitigen Abductor, Tracheotomie, Heilung. (Gomme syphilitique du larynx, arthrite cricoariténoidienne gauche, paralysie aiguede l'abducteur droit, trachéotomie, guérison.) Von Dr. Charazac. (Revue mensuelle de laryngologie No. 9.)

Gummata des Larynx sind ziemlich selten beschrieben worden. Ihr Lieblingssitz ist über der Glottis, namentlich auf der linken aryepiglottischen Falte; ausnahmsweise sind sie unter der Glottis (Türck, Bouveret) und in den Bronchien (Wagner). Durch specifische Behandlung können sie resorbirt werden, es bleibt aber gewöhnlich eine Verhärtung zurück. Andererseits können sie eitern und die grossartigsten Zerstörungen hinterlassen. Verf. citirt hierbei Fälle von Isambert, Lépine, Krishaber, Mandl, Péronne und Semon.

Eine 29jährige syphilitische Frau empfand Heiserkeit und linksseitige Halsschmerzen: hinterer Theil des linken Stimmbandes geröthet, Unbeweglichkeit und Schwellung der linken Arytaenoidalgegend; eine gelbe Hervorragung in der aryepiglottischen Falte zeigte die Symptome der Gummata. Antisyphilitische Behandlung wurde schlecht vertragen. Es kommt linksseitiges Oedem, rechtes Stimmband steht in permanenter Phonationsstellung, Larynxpfeifen; Tracheotomie mit Erfolg. Von Neuem specifische Behandlung, während welcher Heilung eintritt; die Canule konnte entfernt werden.

Die Beobachtung ist interessant in der Beziehung, dass eine acute einseitige Paralyse der cricoarytaenoidalen Portion sich zum linksseitigen Oedem gesellte und so die Tracheotomie erheischte; ferner, dass das anormale laryngoscopische Bild sich unter energischer antisyphilitischer Behandlung bald in ein normales umwandelte. Dr. P. K.

Doppelseitige Abductorenparalyse. (Paralysie double des abducteurs du larynx.) Von Dr. Young. (Revue mensuelle de laryngologie No. 9.)

Bei einem 9jährigen Mädchen entstand doppelseitige Posticuslähmung, welche die Tracheotomie forderte. Einige Zeit nachher war Patientin vollständig geheilt, ohne dass man je die Ursache der Lähmung hätte herausfinden können. Dr. P. K.

Ein Fall von einfachem Geschwür zwischen Luft- und Speiseröhre. (A case of simple ulceration between trachea and oesophagus.) Vorgetragen in der Pathological Society of London. Von Dr. Carrington. (Lancet 1884, Dec. 6.)

Der Fall betraf einen 20jährigen Mann, welcher durch das Oeffnen eines Fasses mit kohlensaurem Ammoniak heftig husten musste und beinahe erstickte; einige Stunden nachher schon hustete er Eiter und Blut aus; er konnte nichts schlucken; 11 Tage nachher gerieth ein Bougie beim Sondiren in die Trachea. Patient starb an Pneumonie, die Section zeigte eine längliche Communicationsöffnung, länger auf der ösophagealen Seite. Es waren keine Zeichen einer malignen Schwellung, oder Tuberkel oder Syphilis vorhanden. Der Vortragende erklärt das Zustandekommen dieses dunklen Falles durch Präexistenz eines mit Eiter etc. gefüllten Speiseröhredivertikels, das nahe dem Durchbrechen durch den hefti-

gen Husten geborsten sei. Er habe eine ähnliche Divertikelbildung vor Kurzem gesehen.

Bei der Discussion sprachen sich Boweby, Butlin und Money auf Grund analoger Fälle dafür aus, dass es doch ein Epitheliom gewesen.

M. Schmidt.

Krebsgeschwulst des Os hyoideum. Exstirpation. (Tumeur cancreuse de l'os hyoide. Exstirpation.) Von Dr. Verneuil. (Gazette des hôpitaux, 26. Juin 1884, und Revue mensuelle de laryngologie No. 8.)

Ein ungefähr 500 Gramm wiegendes Osteosarcom befand sich in der Regio suprahyoidea, die äussere Seite der Maxilla inferiorbedeckend. Sprache, Athmen und Schlucken waren normal. Die Narcose ging schwer von Statten. Das Os hyoideum wurde entfernt, ohne den Pharynx zu öffnen; es wurde eine Trachealcanule eingesetzt. Drei Stunden später starb Patient ohne Blutung und ohne Erstickungsanfall. Man fand bei der Section secundäre Krebsknoten in den Lungen. Verneuil erklärt den plötzlichen Tod durch Krämpfe, welche als Ausgangspunkt die Krebsknoten in denLungen hatten. (?) Dr. P. K.

A case of paralysis of the left vocal band in extreme abduction, following an incised wound in the neck. By J. Solis-Cohen. (New-York Medical Journal for July 26, 1884.)

Ein 33jähriger Morphinist wurde in der Trunkenheit im Juli 1883 angefallen und am Halse verwundet; eine halbe Minute nach der Verletzung, während des Rufens um Hilfe, versagte die Stimme; die Aphonie blieb permanent. Im November ergab die laryngoscopische Untersuchung das linke Stimmband in extremer Abductionsstellung; die Excursionen des rechten sind bei In- und Exspiration normal, bei Phonationsversuchen überschreitet es die Mittellinie. Bei forcirter Inspiration weicht das rechte Stimmband nicht jenseits einer Stellung zurück, als die, in welcher das linke fixirt ist; bei angestrengten Phonationsversuchen wird das gelähmte Stimmband vom Luftstrom nach oben bewegt und geräth in Schwingungen. Verfasser glaubt, dass die Lähmung als Folge einer Verletzung der die Adductoren versorgenden Faserbündel im Verlaufe des Vagus anzusehen sei, da der Recurrens nach Lage der Wundenicht verletzt sein konnte. Götze.

Glossitis exfoliativa marginata. (De la glossite exfoliatrice marginée.) Von Dr. Lemonier. (Thèse de Paris 1883 und Revue mensuelle de laryngologie No. 8.)

Verf. ist der Meinung, der betreffenden Krankheit einen besonderen Namen geben zu müssen, statt sie unter den Begriff der Psoriasis lingualis zu stellen. Sie besteht in einer oberflächlichen Läsion und hat nichts mit Pilzbildung zu thun. Ein weisser seitlicher Rand trennt die gesunde Schleimhaut von der kranken, ihres Epithels beraubten Mucosa; die kranke Fläche exfoliirt sich, ist roth, körnig; die Krankheit dauert nicht lange; kein Schmerz, keine Drüsenschwellung; Gefühl und Geschmack normal.

Verf. stellt die Differentialdiagnose zwischen Eczema, Psoriasis, Raucherglossitis, Syphilis, scleröse Glossitis. Dr. P. K.

Ein Fall von Myxoedema mit Section. (A case of myxoedema with autopsy.) Von E. G. West, M. D. (Boston med. and surg. Journ, Vol. 111, No. 3.)

Der sehr merkwürdige Fall betraf eine 26jährige Frau, welche zuerst nach der Geburt ihres dritten Kindes eine Schwellung der Beine und deren Venen empfand, dann trat Müdigkeit in den Armen auf. In den nächsten zwei Jahren

wurden sie dicker und auch die Zunge wurde dick und steif, einige Polypen wurden aus der Nase entfernt. Sie machte damals den Eindruck einer Patientin mit chronischer Nierenentzündung. Es trat dann Oedem der Augenlider auf und der Gesichtshaut. Die Zunge wurde hypertrophischer. In den folgenden zwei Jahren kamen Schluckbeschwerden für feste Speisen, die Stimme wurde heiser. Unter Zunahme der Beschwerden im Schlucken und dann auch im Athmen starb sie plötzlich suffocativ. Der Urin enthielt meist kein Eiweiss, manchmal geringe Spuren. Bei der Section fand sich die Zunge vergrössert, der Kehlkopf klein, Stimm- und Taschenbänder geschwollen, Glottis gering; Schnitte durch die Schwellungen zeigten eine homogene, glänzende, durchscheinende Fläche, keine Schrumpfung derselben in 24 Stunden Die microscopische Untersuchung ergab fettige Entartung der Fasern der Musc. thyreoarytaen., sonst nichts Besonderes. In einem Stimmband fand sich das Perineurium eines Nerven verdickt. Nieren normal, in denselben Gefässstockungen wie in der Leber und Milz. Dr. M. Schmidt.

Zwei Fälle von primärem Tumor des weichen Gaumens. (Two cases of primary tumours of the soft palate.) Vorgezeigt von Dr. Treves in der Pathological Society of London. (Lancet 1884, Dec. 6.)

Der eine betraf einen 68jährigen Mann, bei welchem vor 37 Jahren ein ähnlicher Tumor an derselben Stelle operirt worden war. Der Tumor sass in der ganzen linken Hälfte des weichen Gaumens und war vor acht Monaten zuerst bemerkt worden.

Nach Unterbindung der Carotis wurde er mit dem Rest des Gaumensegels herausgenommen. Es war ein Alveolarsarcom. Der zweite Fall bei einem 56jährigen Manne hatte die Grösse einer Kastanie, bestand 2 Monate und wurde von Dr. Treves auf dieselbe Weise operirt; es war ein Adenoidcarcinom. Beide Fälle heilten rasch. M. Schm.

Tumoren in der Trachea. (Tumours of the Trachea.) Von Dr. Morell Mackenzie. (Lancet 1884, Nov. 8.)

Der 49jährige Patient leidet seit 12 Monaten an Kitzel im Halse mit zunehmendem Stridor beim Aus- und Einathmen. Laryngoscopisch konnte man kaum Adductionsbewegungen der Stimmbänder während der Exspiration sehen. Das Lumen der Luftröhre war durch einen röthlichen Tumor ausgefüllt, an der Seite der Röhre sah man einen kleineren gestielten Tumor sitzen, der sich beim Athmen hin und her bewegte. Durch Tracheotomie werden beide entfernt; es fand sich dabei, dass es sehr gefässreiche Fibrome waren, welche von der Cartilago cricoidea ausgingen und sich von da hinten und rechts an der Wand der Luftröhre, etwa $1^1/_2$ Zoll, hinab ansetzten mit allmähligem Uebergang in die normale Schleimhaut nach unten. M. Schm.

Ueber die Anwendung des Cocain in der Laryngologie und Rhinologie. Von Prof. Störk in Wien. (Wiener med. Blätter No. 51 und 52, 1884.)

S. bezeichnet das Ergebniss seiner Versuche mit Cocain im Grossen und Ganzen als ein sehr günstiges, und meint, dass, wenn in einzelnen Fällen das Mittel auch nicht so prompt wirkte, dies auf individuelle geringere Empfänglichkeit zurückzuführen sei.

Er benutzt eine 20proctige. wässerige Lösung ohne Zusatz von Alcohol, da er es nicht für nothwendig ansieht, eine reine Lösung zu er-

halten, indem er meint, dass bei der Einpinselung auch die nicht gelösten Cocain-Theilchen in Betracht kommen (unwahrscheinlich, Ref.).

S. beschreibt 3 Fälle von Larynx-Polypen-Exstirpationen. In dem ersten gelang es ihm trotz exacter Bepinselung des Pharynx und Larynx nicht, die Reactions-Bewegungen aufzuheben, wenn auch der Kehlkopf vollkommen analgetisch war. Er schreibt jedoch diesen Misserfolg dem psychischen Eindrucke zu, den die Einführung des Instrumentes auf den Kranken, ein sehr erregbares Individuum, gemacht hatte.

In dem zweiten Falle, bei welchem sich nach Entfernung eines grösseren Polypen (ohne Cocain) noch zwei kleinere vorfanden, konnte er trotz sorgfältiger Einpinselung, zu der er netto 1 Gramm Cocain verbrauchte, keine irgendwie erhebliche Anästhesie erzielen. Bei der 3 Tage später behufs Entfernung des zweiten Polypen exactest vorgenommenen Cocain-Pinselung war auch die Bewegungsreaction nicht zu unterdrücken, doch äusserte der Pat. nur sehr geringes Schmerzgefühl.

In dem dritten Falle gelang es nach Verbrauch von $^1/_2$ Gramm Cocain, eine vollständige Anästhesie des Larynx und Pharynx zu bewirken.

Durch eine behufs Entfernung der hypertrophirten Schleimhaut einer Nasenmuschel mittelst des Ecraseurs vorgenommene Cocain-Einpinselung der vorderen und hinteren Fläche des weichen Gaumens wurde bedeutende Schmerz-Verminderung erzielt. Einem anderen Kranken, der an einer Neuralgie im Pharynx litt, war die durch die Einpinselung des Rachens hervorgerufene Empfindung des Pelzigseins so unangenehm, dass er es vorzog, lieber seine Neuralgie zu behalten, als sich weiter cocainisiren zu lassen.

In anderen Fällen wollten sich Kranke auch das Einpinseln des Kehlkopfes wegen des dadurch entstandenen Gefühles von „Geschlossensein" und „Unbeholfenheit" (gewissermaassen ein Zustand von Lähmung) des Kehlkopfes nicht gefallen lassen.

In einem Falle von Pharyngitis mit quälenden Schmerzen konnte S. durch Cocainisirung keinen Erfolg erzielen.

In einem Falle von enormer Hyperästhesie der Zunge gelang es wohl, durch Cocain die Empfindlichkeit für 3 Tage herabzusetzen, doch meint S., dass die Besserung des Zustandes nicht allein durch die bewirkte locale Anästhesie erzielt wurde, sondern, dass das Cocain eine wohlthätige Allgemeinwirkung auf das Nerven-System des Kranken ausübte.

Endlich führt er einen Fall an, in dem er nach Entfernung eines Larynx-Polypen die Ansatz-Stelle desselben nach vorhergegangener Cocain-Pinselung, ohne Schmerz und Reflex-Bewegung hervorzurufen, mit Höllenstein cauterisiren konnte.

Bei den durch tuberculöse Geschwüre an der Epiglottis und im Larynx verursachten Schlingbeschwerden gelang es ihm, durch die Cocain-Bepinselung die Empfindlichkeit in der Dauer von 2 bis $2^1/_2$ Stunde herabzusetzen. Die Kranken konnten während dieser Zeit essen, ohne zu regurgitiren und ohne wesentliche Schmerzen zu spüren.

S. kommt nun zu der künstlichen Ernährung der Phthisiker, welche er mittelst eines englischen Catheters, den er nur bis in den oberen Theil des Oesophagus, etwa bis zur Höhe des Larynx bringt, durch Einspritzen von Milch ausführt, in der fein zerriebener Schinken suspendirt ist, und rühmt hierbei den Nutzen des Cocains, mit Hilfe dessen (durch Einpinse-

lung der hinteren Larynxwand) das Einführen des Catheters schmerzlos bewerkstelligt wird. Er meint, dass wenn das Cocain auch nichts Anderes leisten würde, es aus diesem einen Grunde schon eine ausgezeichnete Bereicherung unseres Arzneischatzes wäre.

Wenn S. in einzelnen Fällen, und in einem sogar nach Verbrauch eines ganzen Gramms Cocain keinen Erfolg erzielt hat, so dürfte dies doch entweder an dem Präparate, oder an der Lösung, oder aber an der Applicationsweise gelegen sein, da die günstige und exacte Wirkung des Cocains jetzt schon allerseits anerkannt ist. (Ref.) E. J.

Salzsaures Cocaïn bei Phthisis laryngea. (Hydrochlorate of cocaine in laryngeal phthisis.) Von George M. Lefferts in New-York. (Medical News, 29. November 1884).

Lefferts hat im Cocaïn ein ausgezeichnetes Palliativmittel gegen die Schlingbeschwerden bei der Kehlkopftuberculose gefunden. A. Sch. (N.-Y.)

Tracheotomy in Croup. Von S. S. Jones in New-York. (The Medical Record, 6. December 1884).

Jones glaubt, dass man bei Croup mit der Tracheotomie häufig zu rasch bei der Hand ist. Er brachte drei anscheinend hoffnungslose Fälle ohne Operation durch, einen durch ein sehr warmes Bad, in welches das Kind während eines Erstickungsfalles gethan wurde, und in welchem es eine bedeutend grosse Croupmembran aushustete, und zwei andere (ein zwei- und ein einjähriges) durch wiederholte Insufflationen eines Gemisches von Schwefel und Alaun. A. Sch. (N.-Y.)

Tracheotomy in Croup and Diphtheria. Von Simon Baruch in New-York. (The Medical Record, 15. November 1884.

Verf. räth, nicht zu warten bis Cyanose eintritt, sondern möglichst früh zu operiren. A. Sch. (N.-Y.)

Ist die bei diphtheritischem Croup ausgeführte Tracheotomie eine gefährliche Operation und wann soll sie ausgeführt werden? (Is the operation of tracheotomy in diphtheritic croup dangerous? When should the operation be performed?) Von Joseph E. Winters in New-York. (The Medical Record, 13. December 1884.)

Ein am 23. October 1884 in einer Section gehaltener und am 4. December auf Verlangen in der Plenarversammlung der New-Yorker Academy of Medicine wiederholter ausführlicher und lesenswerther Vortrag, der gegen einen Ausspruch von Ripley (New-York), dass die bei kleinen Kindern wegen Croup ausgeführte Tracheotomie eine direct höchst lebensgefährliche Operation sei, polemisirt. An der Discussion betheiligten sich J. Williston Wright, A. Jacobi, J. Lewis Smith und John H. Ripley. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber locale Behandlung der Larynxtuberculose. (Du traitement local de la tuberculose laryngienne.) Von Dr. A. Gouguenheim. (Bulletin général de thérapeutique, 30. Mai 1884.)

I. Behandlung mit Flüssigkeiten; die am meisten gebräuchlichen: a) Astringentien; können nur im Anfangsstadium von einigem Nutzen sein; am besten ist Chlorzink ($^1/_{20}$ — $^1/_{10}$); die anderen sind zu verwerfen: b) Medicamente,

welche ihrer Wirkung nach schwer zu definiren sind; sie werden in nur späteren Perioden gebraucht: Tinct. jodi pur oder mit Glycerin, bei Congestionen und grosser Reizbarkeit zu vermeiden. Carbolsäure und Holzcreosot mit Glycerin ($^1/_{50}$—$^1/_{100}$). Jodoform leistet gute Dienste und ist nicht giftig. Kali chloric. bei wenig vorgeschrittenen Geschwüren. Coca als Extract. aquos. wirkt beruhigend. Pix liquida, Eucalyptus und Tannenknospen werden schlecht als Inhalation vertragen; c) Caustica: Argentum nitric. in selbst verdünnten Lösungen wird immer schlecht vertragen. Chromsäure reizt stark. Liquor ferri sesquichlorat. ist zu verwerfen. Im Allgemeinen können Caustica ja nur gegen die papillären Wucherungen angewandt werden; die Logik würde ihre Anwendung auch erlauben, aber die Erfahrung lehrt, dass sie die Geschwüre eher verschlimmern. Man muss also in keinem Falle, will man die Vegetationen zerstören, zu chemischen Causticis seine Zuflucht nehmen. d) Beruhigende Mittel; sie sind am meisten im Gebrauch und wirklich die nöthigsten. Glycerin mit Aqua laurocerasi und Morphium (1 : 10—20) wirken local vorübergehend und allgemein zu heftig. Jodoform und Extract. coca aquos. lindern, sind aber von keiner nachhaltigen Wirkung; am besten wirken noch Emollientia in Inhalationen: Decoct lactucae vir ist am besten, schadet dem Magen nicht, ist nicht ekelerregend; man muss dieses Decoct lange, oft und gleich vor dem Essen gebrauchen.

Bei Gebrauch der flüssigen Medicamente muss man sich auf Krämpfe gefasst halten; man muss mit schwachen Lösungen beginnen, um so die Empfindlichkeit des Kranken zu prüfen. Verf. gebraucht den Schwamm statt des Pinsels. Pulverisirte und gasförmige Medicamente werden mit mehr weniger Nutzen angewandt.

II. Behandlung mittelst festen Medicamenten unter der Form von Stiften. Für die Epiglottis und die Supralaryngealgegend sind Stifte. für tiefere Regionen sind Sonden, an deren rinnförmig ausgehöhltem Ende das Medicament eingeschmolzen ist, in Anwendung gezogen. Im Allgemeinen kommen bei dieser Behandlungsweise die Krämpfe viel leichter; die meisten Laryngologen haben selbe verlassen.

III. Galvanocaustische Behandlung. Die Tuberculösen scheinen die Cauterisation mit Feuer besser zu vertragen, als die chemische. Bei Schlingbeschwerden wirkt die Galvanocaustik besonders günstig, wenn sie punktförmig auf die geschwollene und ulcerirte Epiglottis wirkt. Bei der galvanocaustischen Behandlung sind folgende Regeln zu beobachten: a) kommt die Dysphagie durch Schwellung der Epiglottis, so genügt eine wöchentlich einmal ausgeführte punktförmige Betupfung mit dem Galvanocauter; die günstige Wirkungist auffallend; b) ist die Dysphagie durch Schwellung der Aryknorpel bedingt, so ist die Cauterisation schmerzhafter und der Effect nicht so auffallend; c) sind der Aditus laryngis und die falschen Stimmbänder eingenommen, so wird das Brennen zwar gut vertragen, der Erfolg aber ist gering; d) sind zahlreiche papillomatöse Wucherungen vorhanden, so ist das Brennen absolut indicirt; e) die wahren Stimmbänder sollen nur galvanocaustisch behandelt werden, wenn sie frei beweglich sind; f) sind die Stimmbänder unbeweglich durch Spasmus der Adductoren oder durch Posticuslähmung, so ist das Brennen gefährlich, aber immer noch minder gefährlich, als das Cauterisiren mittelst flüssiger oder solider Arzneimittel.

Die Epiglottis soll nur mit dunkelrother Glühhitze und ganz kurz, das Innere des Larynx mit weissrothem Brenner und etwas länger berührt werden. Verf. zeichnet das Bild seiner verschiedenen Brenner: alle endigen mit einer elfenbeinernen Olive, welche letztere den Brenner je nach Bedürfniss an ihrem Ende, vorne, hinten, rechts oder links trägt. Diese sehr vortheilhaften Brenner werden von Chardin, Fabrikant electrischer Apparate in Paris, fabricirt.

IV. Chirurgische Operationen. a) Herausbefördern der Vegetationen mittelst Instrumenten ist schmerzhaft, schafft neue Wundflächen, welche den Grundboden

zu neuen Vegetationen liefern. Man soll in diesen Fällen nur die Glühhitze anwenden. b) Tracheotomie ist angezeigt, jedesmal wenn ein Phthisiker durch seine Larynxstenose sich in Lebensgefahr befindet; den besten Erfolg erzielt man, wenn die Lungen noch anscheinend gesund und Pat. bei Kräften sind. Verf. hat zwei solche im Allgemeinen selteneFälle beobachtet und selbst operirt; der eine war eine Caries der Knorpel, der zweite eine Stenose durch Vegetationen. Der Zustand, welcher die Tracheotomie fordert, ist aber gewöhnlich ein ganz anderer; hilft Chloroform nicht auffallend, soll man die Tracheotomie nicht auf schieben, weil Patient dem nächsten Erstickungsanfall unterliegen kann; zur Operation soll chloroformirt werden, weil Patient während der Narcose langsamer athmet und man ruhiger operiren kann; man soll die reine Tracheotomie mittelst des Thermocauter machen. c) Die Exstirpation des Larynx ist absolut zu verwerfen. Dr. P. Koch.

Apparat zur Entfernung falscher Membranen aus der Luftröhre. (Apparatus for removing false membrane from the trachea.) Von Mark Hovell. (Lancet 1884, Nov. 8.)

Der Tod des Dr. Rabbeth, welcher in England so grosses Aufsehen gemacht, war veranlasst durch das Aussaugen von falschen Membranen aus der Luftröhre eines wegen Diphtherie tracheotomirten Kindes. Die Methode ist ja von Hüter empfohlen und oft geübt, wenn auch nicht mit so tragischem Ausgange. Verf. nimmt aus dem Unglücke Anlass, seinen vor 9 Jahren erfundenen Apparat in Erinnerung zu bringen.

Er sieht den Misserfolg der Aspiratoren in dem Eintreten von Luft neben dem Saugrohr, so dass das Saugen verhindert wird. Er befestigt also ein 6 Zoll im Quadrat grosses Waschleder um eine feste Gummiröhre. Das Leder wird angefeuchtet, auf der Vorderseite des Halses angeklebt und durch die Gummiröhre die Saugröhre eines Aspirators eingeführt, der natürlich wohl auch luftdicht sich darin wird bewegen müssen.

Ob Verf. viele Erfolge mit dem Apparat hatte, ist nicht angegeben. Dem Ref. scheint die Ursache des Misslingens nicht in dem Nebeneintreten von Luft zu liegen, sondern in der Unmöglichkeit, glatt und fest an der Trachealwand haftende Membranen loszubekommen. Passavant hat neuerdings Versuche mit einem Aspirator gemacht, mit welchem er bis in die Bronchien eingehen kann. Leider gehen eben meistens die Membranen bis in die inneren Bronchien, bis zu welchen kein Aspirator und keine Kunst reicht. Doch soll damit nicht der Nutzen eines geeigneten Aspirators in einzelnen Fällen verkannt werden, es wäre sehr verdienstlich, wenn man einen guten hätte, mit welchem man falsche Membranen aus der Trachea entfernen könnte, ohne dass sich der Arzt einer immerhin grossen Gefahr aussetzt. Dr. Rabbeth's werden sich in unserem Stande immer finden. Ehre seinem Andenken. M. Schmidt.

Behandlung der Diphtheritis. (Traitement de la diphthérie.) Von Dr. Kline. (The medical Record u. Bulletin général de Thérapeutique.)

Auf einem Congress der medicinischen Gesellschaft von Pennsylvanien betrachtete Verf. das Leiden als eine einfache locale Affection. Der Anfang des Leidens ist plötzlich (?) und in erster Linie sind die Schleimhäute ergriffen, welche topographisch sich am frühesten in Contact mit dem Contagium befinden, welches durch die Respiration ihnen zugeführt wird. Einmal eingeimpft, geht das Contagium in den Gesammtorganismus

über. Caustica sind zu verwerfen, obgleich die locale Behandlung wichtig ist. Carbolglycerin oder Eisenchloridglycerin (ana) mit einem Pinsel aufgetragen, haben sich bewährt. Können die Patienten gurgeln, so ist folgendes Gargarisma zu geben: Acid. lactic. gtt. 20—30, Glycerin u. Aether ana 45. Dabei sind Einathmungen von Wasserdämpfen von dem grössten Nutzen; es wird kochendes Wasser auf Hopfen gegossen und 20—30 gtt. Acid. lacticum pro Liter zugesetzt. Statt letzterer Einathmung kann man auch die Dämpfe gebrauchen, welche durch temporäres Löschen gebrannter Kalkfragmente entstehen. Innerlich Alcohol in grossen Dosen, Liquor ferri chlorati, Chinin, Kali chloric., hypermangansaures Kali. Dr. P. K.

Kehlkopfexstirpation. (Un cas d'exstirpation du larynx à la clinique chirurgicale du professeur Albert à Vienne.) (Revue mensuelle de laryngologie No. 9.)

Bei einem 45jährigen Manne wurde wegen Carcinom die Totalexstirpation vorgenommen. Nach 2 Tagen entstand Fieber, am 3. Tage Blutung und am 4. Tage zweite Blutung mit letalem Ausgang. Die Section ergab doppelseitige Pneumonie, grosse hämorrhagische Erosionen auf der Magenschleimhaut, fettige Entartung der Leber und des Herzens.

Dr. P. K.

Ueber das Eleïdin und dessen Verbreitung auf der Haut, der Mucosa, der Schleimhaut des Mundes und der Speiseröhre bei den Wirbelthieren. (De l'éléidine et de la repartition de cette substance dans la peau, la muqueuse banale et la substance muqueuse oesophagienne des vertébrés.) Von L. Ranvier. (Archives de Physiologie, 3. série, T. III, No. 2, referirt von L. Stiénon: Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, plubié par la société royale de Belgique, Avril 1884.)

Verf. zeigt die Methode an, mittelst welcher man das Eleïdin in den Geweben nachweist: Das Gewebe wurde in Alcohol erhärtet und mit picrocarminsaurem Ammoniak gefärbt; die Färbung macht sich desto besser, je weniger Zeit das Präparat in Alcohol war; (24 Stunden in 36° Cartier); die Schnitte werden durch einige Minuten langes Verweilen in gewöhnlichem Wasser angenässt, dann auf das Glas gelegt, mit 2 3 Tropfen einer picrocarminsauren Ammoniaklösung ($^1/_{1000}$) belegt; die Färbung hat sich nach einigen Minuten gemacht, das Deckgläschen wird aufgelegt und man setzt einen Tropfen Glycerin zu. Diese Substitution muss sich langsam machen, das Präparat muss einige Stunden in einem feuchten Zimmer bleiben und dann an der Luft getrocknet werden. Ranvier betont, dass ganz neutrales Glycerin, sowie das nach der von ihm angegebenen Formel bereitete picrocarminsaure Ammoniak angewandt werden müssen. Essigsäure und Ameisensäure lassen dann die Eleïdinkörner zuerst schwellen und entfärben sie dann.

Langerhans (Archiv für microscopische Anatomie, Bd. IX, 1879) hat bekanntlich das Stratum granulosum in der Epidermis der Haut beschrieben. Ranvier hat bewiesen, dass diese Eleïdinkörper dieselbe Substanz sind, wie die im Stratum lucidum vorkommenden Tropfen und Flocken (Comptes rendus 1879, traité technique pag. 881).

Verf. zeigt nun die Vertheilung des Eleïdin auf die äussere Haut, namentlich an den behaarten Theilen; er zeigt ferner, dass sie auf der Mund-, Zungen- und Oesophagusmucosa mehrerer Wirbelthiere, namentlich der Ratten- und der Meerschweinchen vorkommen; bei Hunden und Kaninchen kommen sie nicht, beim Menschen nur auf der Höhe der Papillae circum vallatae vor.

Dr. P K.

Inhalt.

I. Originalien: Schech: Bemerkungen zu einem äusserst schweren Fall von phonischem Stimmritzenkrampf. Keller: Verbesserung der Voltolinischen Tauchbatterie. — Voltolini: Zu meiner Zink-Platina-Tauch-Batterie. — Kiesselbach: Partielle Vorwölbung der Membrana tympani bei gleichmässig verstärktem Luftdruck. — II. Referate: a) Otologische: Weydner: Bau der Ohrpolypen. — Moos: Lacunäre Caries des Hammergriffes. — Moos: Gefässführende Zotten der Trommelhöhlenschleimhaut. — Zaufal: Trepanation bei Sinusthrombose. — Hedinger: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Ohres. — Sexton: Adenom des rechten Felsenbeins. — Sexton: Gehörshallucinationen und falsches Gehör bei Musikern und Sängern etc. — Zaufal u. Weber-Liel: Cocaïn in der Ohrenheilkunde. — b) Rhinologische: Lustig: Degeneration des Epithels der Riechschleimhaut des Kaninchens. — Bemerkungen über Rhinolithen. — Roth: Diagnose und Therapie der mit Nasenkrankheiten zusammenhängenden Reflex-Neurosen. — Voltolini: Ueber Nasenbluten. — Walsham: Nasenstenose als Ursache des Nasen- u. des Nasenrachencatarrhs. — Marique: Primäres Epithelialcarcinom der linken Nasenhälfte. — Fränkel: Cocaïn mur. bei Nasen- und Rachenaffectionen. — Jarvis: Cocaïn bei intranasalen Operationen. — Butlin: Cocaïn. — Mackenzie: Krankheiten des Halses und der Nase. — c) Pharyngo-laryngologische: Elsberg: Classification der Kehlkopfneurosen. — Schnitzler: Tuberculöse Tumoren im Kehlkopfe. — Rabaine: Primäre Larynxtuberculose. — Landouzy und Martin: Untersuchungen über die Geschichte der Contagiosität der Tuberculose. — Charazac: Syphilitische Gumma im Larynx etc. — Young: Doppelseitige Abductorenparalyse. — Carrington: Geschwür zwischen Luft- und Speiseröhre. — Verneuil: Krebsgeschwulst des Os hyoideum. — Solis-Cohen: A case of paralysis of the left vocal band in extreme abduction. — Lemonier: Glossitis exfoliativa marginata. — West: Myxoedema mit Section. — Treves: Zwei Fälle von primärem Tumor des weichen Gaumens. — Mackenzie: Tumoren in der Trachea. — Störk: Cocaïn in der Laryngologie und Rhinologie. — Lefferts: Salzsaures Cocaïn bei Phthisis laryngea. — Jones: Tracheotomy in Croup. — Baruch: Tracheotomy in Croup and Diphtheria. — Winters: Ist die bei diphtheritischem Croup ausgeführte Tracheotomie eine gefährliche Operation etc. — Gouguenheim: Locale Behandlung der Larynxtuberculose. — Hovell: Apparat zur Entfernung falscher Membranen aus der Luftröhre. — Kline: Behandlung der Diphtheritis. — Albert: Kehlkopfexstirpation. Eleïdin dessen Verbreitung auf der Haut etc. bei den Wirbelthieren.

Die Monatsschrift bringt in dieser und nächster Nummer noch Referate, welche zum Theil im verflossenen Jahrgang schon in der Druckerei mit den früheren Lettern gesetzt waren. In den späteren Nummern erst werden dann alle Referate gemäss der Neu-Eintheilung der Referatbezirke, wie dieselben von den einzelnen neu eingetretenen Mitarbeitern übernommen worden sind, in der beabsichtigten Vollständigkeit und Schnelligkeit der Berichterstattung erscheinen können.

Beiträge oder Referate beliebe man an Herrn Prof. Dr. Weber-Liel in Jena einzusenden; ebenso alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive, Separat-Abdrücke und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan, Berlin S. W., Alte Jacobstr. 6.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N JAN 13 1893

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Burow** (Königsberg i. Pr.), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Weil** (Stuttgart).

herausgegeben von

Dr. Jos. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität, Ohrenarzt d. Allg. Krankenhauses in **Wien**

Dr. J. M. ROSSBACH
o. ö. Prof. d. spec Pathol. u. Therap. u. Vorstand der medicin. Klinik an der Universität in **Jena**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in **München**

Dr. L. v. SCHRÖTTER
Prof. u. Vorstand d. Klinik für Halskrankh. an der Universität in **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität in **Breslau**

Dr. WEBER-LIEL
Prof. f. Ohrenheilk. u. Vorstand d. Ohrenklinik an der Universität in **Jena**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 6 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XIX. **Berlin, Februar 1885.** **No. 2.**

I. Originalien.

Zur Hörprüfung.

Von Prof. Dr. **Jos. Gruber.**

Der in letzterer Zeit von den Ohrenärzten viel besprochene Rinne'sche*) Versuch hat uns gelehrt, dass unter normalen Verhältnissen der Schall viel leichter durch die Luft als durch die Kopfknochen zu den Labyrinthgebilden geleitet wird. Wenn man, wie der genannte Autor aufmerksam machte, eine tönende Stimmgabel gegen die Schneidezähne stützt und sie an dieser Stelle so weit abklingen lässt, bis man nichts mehr davon hört, so kann man den Ton augenblicklich wieder hören, wenn man die Stimmgabel sofort dicht vor dem Ohre in der Luft hält. Es bedarf eben, wie Fick hierzu bemerkt, weniger lebendiger Kraft, um einen Ton in merklicher Stärke durch die Luft fortzupflanzen, als durch die Knochen.

Die Hörwahrnehmung lässt sich aber, wie ich sah, unter normalen und selbst bei vielen pathologischen Veränderungen im Ohre weiter verlängern durch das folgende sehr einfache Verfahren:

Nachdem zu Ende des Rinne'schen Versuches die Wahrnehmung des dicht vor dem Ohre klingenden Stimmgabeltones gänzlich aufgehört

*) Siehe hierüber das zweite otologische Referat in dieser Nummer.

hat, stecke man einen Finger der freien Hand in den Gehörgang des zu untersuchenden Ohres so, dass der Finger den Gehörgang lose verschliesst. Stützt man nun die vor dem Ohre in der Luft gehaltene C-Stimmgabel gegen den den Gehörgang verschliessenden Finger, so erscheint der Ton augenblicklich wieder und hält noch mehr oder weniger lange an.

Wenn man die nicht mehr hörbare Stimmgabel auf dem den Gehörgang verschliessenden Finger verschiebt, so erscheint der Ton um so kräftiger, je näher die Stimmgabel dem Ohre gerückt ist, was natürlich, es mag die Erscheinung wie immer gedeutet werden, nichts Auffallendes hat.

Erklären lässt sich die Wahrnehmung des so sehr geschwächten Tones unter den genannten Verhältnissen in der verschiedensten Weise. Zunächst muss man an Consonanzerscheinung denken, indem man annimmt, dass zwischen dem obturirenden Finger und den tieferen Ohrgebilden ein abgeschlossener, consonirender Luftraum geschaffen wird, welcher eben den Ton verstärkt zum schallempfindenden Apparat leitet. Sodann liegt es nahe, dass der durch den Finger in den Gehörgang eingeleitete Ton wieder sowohl durch die Gehörgangswände, also auf dem Wege der Kopfknochen, als auch durch das Trommelfell und die Gehörknöchelchen in die Tiefe geleitet wird. Die Wandungen des Gehörganges leiten den Schall kräftiger als die dem Ohre entfernter liegenden Schädelparthien, wenn demnach von den Zähnen her die tönende Stimmgabel auch nicht mehr wahrzunehmen ist, so kann sie doch von den Gehörgangswänden aus noch percipirt werden. Es würde also in unserem Falle eine doppelte Leitung bestehen und demnach auch eine stärkere Erregung des Nerven in Rechnung kommen. Mir scheint es, als wirkten mehrere Momente zusammen, um die Wahrnehmung des so sehr geschwächten Tones möglich zu machen.

In jedem Falle haben wir in diesem Versuche noch ein einfaches Mittel, um bei der Hörprobe auf die Perceptionsfähigkeit des Nerven zu untersuchen, wenn die Hörprüfung auf gewöhnliche Kopfknochenleitung und Luftleitung ein negatives Resultat ergiebt. In einem solchen Falle kann nämlich die auf den verschliessenden Eingang abklingende Stimmgabel noch wahrnehmbar sein und über die Leistungsfähigkeit des Nerven Aufschluss geben.

Von grosser Bedeutung scheint mir dieser Versuch auch in jenen Fällen, wo es sich darum handelt, einseitige totale Taubheit mit voller Sicherheit zu erkennen. Ich habe eine Reihe von Kranken untersucht, welche bestimmt angaben, auf einem Ohre total taub zu sein. In der That hörten sie die Stimmgabel weder bei der Kopfknochenleitung, noch bei der Luftleitung auf dem betreffenden Ohre. Stellte ich den früher angegebenen Versuch an, so gab ein Theil der Kranken mit voller Sicherheit an, die Stimmgabel auf dem von ihnen total taub geglaubten Ohre wahrzunehmen, während die übrigen sie auch bei diesem Versuche auf dem fraglichen Ohre nicht hörten. Eine meiner schwerhörigen Versuchspersonen gab an, bei Benutzung eines Metallhörrohres die Stimmgabel nicht zu hören, während diese, gegen den den Gehörgang verschliessenden Finger gestützt, wahrgenommen wurde.

Ich glaube, dieser Versuch müsste sich auch beim Nachweis von

Simulation einseitiger Schwerhörigkeit verwerthen lassen. Irre geführt durch den Verschluss des Gehörgangs mit dem Finger, wird ein solcher Simulant sehr leicht die Wahrnehmung des Tones in das von ihm als gesund bezeichnete Ohr verlegen und hierdurch die versuchte Täuschung verrathen.

Ein Fall von einseitigem Defect in dem rechten hinteren Gaumenbogen.

Von

Dr. med. **E. Schmiegelow** in Copenhagen.

Im Frühjahr 1884 wurde ich von Herrn Collegen G., 27 Jahre alt, aus Copenhagen, wegen einer während des letzten Jahres gleichmässig zunehmenden Taubheit auf beiden Ohren consultirt. Ich constatirte einen beiderseitigen, trockenen Mittelohrcatarrh mit etwas Verdickung und leichter Einziehung der Trommelfelle, in Verbindung mit Tubacatarrh. Bei Untersuchung des Schlundes wurde Folgendes constatirt:

Die Schleimhaut der Fauces etwas roth und geschwollen. Auf dem hinteren Gaumenbogen der rechten Seite wurde ungefähr in der Mitte zwischen der Zungenwurzel und Uvula ein ovaler Defect gefunden, dessen längster Durchschnitt 1 Ctm. betrug und mit dem freien Rand des Gaumenbogens parallel lag, während der Querdurchschnitt 4 Mm. betrug. Der Defect lag 5 Mm. vom freien Rande des Gaumenbogens entfernt. Er wurde vom vorderen Gaumenbogen so gut gedeckt, dass er sich Anfangs der Aufmerksamkeit entzog, und es war erst bei einer späteren Untersuchung des Schlundes, dass ich ihn zufälliger Weise entdeckte. Die Ränder des Defects waren vollständig normal, und keine Spur von Narben war überhaupt auf dem Gaumen zu sehen. Die rechte Mandel fehlte, die linke war hypertrophisch. Uebrigens bot der Schlund Zeichen eines chronischen Catarrhs mit bedeutenden Schleimhauthypertrophien dar, und besonders im Nasenrachenraum wurde viel schleimiges Secret gefunden.

Der Patient theilte mit, dass er seit Kindheit an einer recidivirenden Angina tonsillaris gelitten, und dass ein Chirurg vor 4 Jahren eine Tonsillotomie (mit Mathieu's Tonsillotom) an der rechten Seite gemacht hatte, dass aber weder er selbst noch die Aerzte, die wegen seiner verschiedenen Anginae die Rachentheile untersucht, die Gegenwart des Defectes geahnt hätten.

Was die Natur des Defectes anbelangt, so fasse ich denselben als eine congenitale Hemmungsbildung, analog mit der Gruppe von pathologischen Zuständen, von welchen O. Chiari*) und Schapringer**) Beispiele mitgetheilt haben, auf.

Der Umstand, dass der Patient früher oft an acuten Entzündungszuständen der Tonsillen gelitten hat, könnte vielleicht gegen die congenitale Pathogenese des Defects sprechen, und eher einen anderen Entwick-

*) O. Chiari: Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 8, 1884, pag. 141.
**) A. Schapringer: Monatsschr. f. Ohrenhk. etc. No. 11, 1884, pag. 204.

lungsmodus, nämlich durch eine Ulceration, andeuten. Ein Ulcerationsprocess aber würde nimmer die Bildung eines Defectes ohne cicatricielle Veränderungen in der Umgebung des Defectes, und solche fehlten gänzlich, bedingen. Aus demselben Grunde ist auch nicht die Annahme möglich, dass ein Stück des hinteren Gaumenbogens durch eine plump ausgeführte Tonsillotomie hätte excidirt werden können. Dass das Defect erst im 27. Jahre des Patienten, obwohl der Schlund von mehreren Aerzten früher oft untersucht worden, entdeckt wurde, ist kein entscheidender Beweis gegen seine congenitale Natur, denn war es jetzt, wo die Mandel entfernt war, schwer, das Defect wegen seiner Lage hinter dem vordersten Gaumenbogen zu entdecken, musste es noch schwerer, wenn nicht unmöglich gewesen sein, wenn eine hypertrophische Tonsille sich vor demselben hervorschob und ihn vor dem Auge des Beobachters deckte.

Dieser Fall weicht in einer Beziehung von den von O. Chiari und Schapringer mitgetheilten ab. Der Defect lag nämlich im Arcus pharyngo-palatinus und nicht, wie in den bis jetzt publicirten Fällen, soweit mir es bekannt ist, im Arcus glosso-palatinus. Trotz dieses Umstandes hatte er keine Unannehmlichkeit in Betreff von Schlingbeschwerden für den Patienten gehabt. Man sollte nämlich a priori die Vermuthung haben, dass ein solcher Defect im hinteren Gaumenbogen leicht einen fehlerhaften Abschluss zwischen Mundhöhle und Nasenrachenraum während des Schlingactes hervorrufen würde. Dass dieses nicht stattfand, muss dem Umstande zugeschrieben werden, dass der Defect so weit seitwärts lag, da, wo der M. pharyngo-palatinus Muskelbündel auf beiden Seiten des Defectes hinuntersandte, so dass eben letzterer durch die Contraction des Muskels geschlossen wurde.

In dieser Beziehung giebt es einen functionellen Unterschied zwischen diesem congenitalen und anderen, durch Ulcerationsprocesse entstandenen, von cicatriciellen Ringen umgebenen Defecten des hinteren Gaumenbogens, indem selbst sehr kleine, ulcerative Defecte in höherem oder minderem Grade die Wirksamkeit des weichen Gaumens als Scheidewand zwischen Mundhöhle und Nasenrachenraum während des Schlingactes aufheben.

Wie gesagt betrachte ich also, ebenso wie O. Chiari es thut, diese Defecte als congenitale Hemmungsbildungen, wovon man ja an verschiedenen Theilen des Körpers, wo sich ähnliche membranartige Bildungen wie der weiche Gaumen befinden, manchmal Exempel sieht, vide: asymmetrische Defecte im Diaphragma abdominale, Hymen cribriforme etc.

Eczema introitus narium.

Von

Dr. **W. Kiesselbach,**

Priv.-Doc. und Ob.-Arzt der otiatrischen Poliklinik zu Erlangen.

Die äussere Haut der Nase hört bekanntlich nicht am Naseneingang auf, sondern erstreckt sich an den Seitenwänden nach oben bis etwa zum Rande der Alae nasi, nach hinten fast bis zum vordern Ende der untern Nasenmuschel; ebenso wird auch das Septum cutaneum von ihr überzogen. Dass in Folge dessen dieser Theil der innern Nasenauskleidung

denselben Krankheiten unterworfen ist, wie alle übrigen Theile der äusseren Haut, versteht sich eigentlich von selbst. Trotzdem halte ich es nicht für überflüssig, gerade die häufigste Erkrankung der Haut, das Eczem des Naseneingangs hier kurz zu besprechen, da die rhiniatrischen Lehrbücher dasselbe entweder gar nicht erwähnen, oder Wesen und Ursache der Krankheit verkennen.

Die Ursache des Auftretens von Eczem in diesen Theilen kann sowohl das Uebergreifen der Erkrankung von den äusseren Theilen her sein, weit häufiger ist es aber die Folge des acuten und chronischen Nasencatarrhs.

Es lassen sich hierbei alle die verschiedenen Stadien und Formen des Eczems beobachten. Ist ein Nasencatarrh die Ursache desselben, so ist die Heftigkeit der Erkrankung wesentlich von der Heftigkeit oder dem Stadium des Rhinitis abhängig. Am heftigsten treten die Erscheinungen während des ersten Stadiums der wässrigen Secretion auf. In Folge des fortwährend über den hintern Rand abfliessenden Secretes, auch wohl durch die Einwirkung des häufig gebrauchten Schnupftuches, tritt zunächst entzündliche Röthung und Schwellung auf. An der am meisten gereizten Stelle, dem hintern Rand, platzen die etwa gebildeten Bläschen schnell, oder es lässt sich dieses Stadium überhaupt nicht beobachten, sondern es entstehen sofort Excoriationen, Rhagaden, die sich besonders am Boden der Nase weit nach hinten erstrecken. In weniger acut verlaufenden Fällen bilden sich Bläschen und Pusteln, durch deren Vertrocknung Borken entstehen, unter welchen die eitrige Absonderung fortdauert.

Diese acut auftretenden Eczeme heilen entweder mit dem Abnehmen des Catarrhs, oder sie gehen in das chronische Eczem über. Es ist hier nicht am Platze, eine eingehende Schilderung des chronischen Eczems zu geben und beschränke ich mich daher darauf, die Stellen zu bezeichnen, an welchen das chronische Eczem der Innen-Wand der Nase am schwersten ausheilt: es ist dies der Uebergang zum Boden der Nasenhöhle und die innere Wand der Nasenspitze. An der Innen-Wand der Nasenflügel, sowie am Septum cutaneum bemerkt man dann oft nur kleienförmige Schüppchen an der Haut. Aber auch wenn nur solche noch vorhanden sind, so genügt meist ein geringer Reiz, um einen neuen acuten Ausbruch hervorzurufen.

Es ist nun von ziemlich bedeutender praktischer Wichtigkeit, dass diese Eczeme im Innern der Nase richtig erkannt und richtig behandelt werden. In Folge des Reizes, den das am Boden des Naseneingangs fortbestehende Eczem setzt, wird die Oberlippe in Mitleidenschaft gezogen, und wir verdanken ihm in gar vielen Fällen die sogenannte scrophulöse Hyperplasie der Oberlippe; das Eczem an der Innen-Wand der Nasenspitze führt zu Schwellung und Röthung der Nase, häufig auch zur Bildung von Furunkeln. Auch fand ich weitaus in den meisten Fällen von recidivirendem Erysipel der Gesichtshaut ein chronisches Eczem an der Innen-Wand des Naseneingangs, und glaube behaupten zu dürfen, dass diese Erysipele meist dem Eczem ihren Ursprung verdanken. — Ferner ist zu beachten, dass in vielen Fällen die Schleimhaut der Nase miterkrankt*), dass Einrisse und Excoriationen mit Borkenbildung und

*) cfr. Hebra und Kaposi, Lehrb. der Hautkrankheiten, 2. Auflage I., pag. 430, 433.

Neigung zu leichten Blutungen entstehen. (Stärkere Blutungen haben meist andere Ursachen; auch habe ich bisher nur in 3 Fällen gleichzeitig mit solchen ein Eczem des Naseneingangs beobachtet.)

In Betreff der Therapie wäre zu bemerken, dass man sich bei der acuten Form jeder eingreifenden Behandlung enthalten soll. Es ist schwer verständlich, warum bei dem Vorhandensein von Excoriationen mit reichlicher Absonderung immer wieder Argentum nitricum aufgestrichen wird, da es weiter keinen Zweck zu haben scheint, als die Schmerzen des Pat. zu vermehren. Die Idee, damit etwa eine schützende Decke zu bilden, hat bei reichlicher Secretion absolut keine Berechtigung, da die Schorfe sehr bald wieder abgestossen werden. In diesem Stadium passen vielmehr nur möglichst reizlose Deckmittel, Bestreichen mit erwärmtem Talg, Vaseline u. s. w.

Bei subacutem und chronischem Eczem wird sich die Behandlung nach den jeweiligen Umständen richten. In den meisten Fällen haben mir Einreibungen von Ungt. diachyl. Hebrae (mit Ol. olivar. statt mit Ol. lini bereitet) oder Ungt. Hydrarg. praec. albi mit einem Zusatze von $^1/_3$—$^1/_2$ Schweinefett (bei grosser Hitze Talg) gute Dienste geleistet. Hierbei ist ein besonderer Werth darauf zu legen, wie die Einreibungen ausgeführt werden. Einreibungen mit dem Finger, mit Wattepinsel oder Haarpinsel sind ungeeignet, da sie theils zu stark reizen, theils damit die tiefsten Stellen der Rhagaden nicht getroffen werden und der Haarpinsel ausserdem nicht im Stande ist, bei stärkerer Entwicklung der Vibrissae den Widerstand derselben zu überwinden. Ich bediene mich zu diesen Einreibungen abgeschmolzener Glasstäbchen, etwa von der Dicke eines Stahlfederhalters oder noch dünnerer, und gebe den Patienten in jedem Falle genau an, in welcher Richtung für die einzelnen Stellen und wie tief das Stäbchen eingeführt werden muss.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber den Einfluss acuter Mittelohrentzündung auf die Respiration. (The influence of acute otitis media on the respiration.) Von A. R. Macdougall (Chesterfield). (Edinburgh Med. Journal, Sept. 1884.)

Der Aufsatz bietet, obschon die Untersuchung des Falles wenig vollständig und methodisch, doch die Anregung zu nicht nur interessanten, sondern auch zu weiteren Beobachtungen. Verfasser behandelte eine anämische, an Ulc. ventricul. leidende Patientin. Als selbe von letzterem fast geheilt war, fiel es gelegentlich auf, dass die Respirationen der Patientin von einer gewissen leichten Anstrengung begleitet, besonders aber, dass dieselben häufiger als normal waren (20). Diese Acceleration steigerte sich immer mehr nach und nach und betrugen 14 Tage nach der Aufnahme 36 pro Minute; Puls 72, Temperatur normal. 3 Tage später aber stieg auch die Temperatur um 1 Grad (101 Fahrenheit), Puls 78; Abends Temperatur 101,8, Puls 34, Respirationen 40; und diese Steigerung trat Abends auch an den

folgenden Tagen hervor, bis zum 6. Tage, von 36—48 Respirationszügen, ohne dass Temperatur und Puls einen Fieber-Character angenommen hätten. Am Abend des 6. Tages indessen klagte Patientin zum ersten Male über grossen Schmerz im rechten Ohre, der heftiger plötzlich aufgetreten sei; eine Stunde etwa danach kam es zum Ausfluss von eitriger Flüssigkeit aus diesem Ohre. Druck auf den Tragus war schmerzhaft. Anderen Morgens hatte der Schmerz nachgelassen, Eiterausfluss; die Temperatur ganz normal, Puls dagegen 92, Respirationen 56! Am Abend Temperatur 101,2, Puls 88, Respirationen 50. Hörvermögen auf dem betr. Ohre aufgehoben. Während nun die Temperatur von jetzt an normal blieb, der Puls ebenso in einigen Tagen zur vollständigen Norm zurückkehrte, war dies mit den Athembewegungen nicht der Fall, sie hielten sich meist an Zahl auf 52, am 7. Tag sogar bis 60, bei einem Puls von 72, am 9. Tag 48, Abends 46, am 11. 40, eine Woche später 32 und als Patientin nach einigen Wochen mit fast geheiltem Ohre das Hospital verliess (Hörweite für eine Taschenuhr 6″; Perforation geschlossen), bot sie noch etwa 30 Respirationen pro Minute. Zu bemerken wäre, dass die sorgsamste Untersuchung angeblich keine Organveränderung in Lunge und den übrigen Eingeweiden, auch keine Hysterie nachweisen liess. Wir haben den Fall etwas ausführlich wiedergegeben, weil die Beobachtung wirklich Neues bietet und den Blick auf einen Symptomenzusammenhang berechtigter Weise zu lenken geeignet ist, welcher gewiss häufiger, wenn auch weniger manifest, sich geltend macht. Vor wie manchen Besorgnissen und diagnostischen Fehlschlüssen dürfte die weiter bewahrheitete Kenntniss dieses Connexes schützen können? Man wird dann künftig bei auffallender, mit sonstigen Fieber- und örtlichen Brustaffectionszeichen nicht proportionaler Respirationshäufigkeit auch das Ohr in den Kreis Untersuchung ziehen.

Auffallend schien dem Autor in dem Falle zunächst die vollkommene Abwesenheit von Schmerz, Pulsation und Sausen in den Ohren bei der doch als Otitis ac. med. anzusprechenden Affection. Nun, wir denken, über Schmerz sei doch geklagt worden und der Herr Autor hat denselben ja auch constatirt. Was man übrigens von den Aussagen der Patientin über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein subjectiver Ohrgeräusche zu halten habe, ist jedem erfahrenen Otologen bekannt. Der Herr Autor hat die Ohren ja nicht vorher, auch nachher das angeblich gesunde Ohr, nicht untersucht. Zu constatiren wäre unseren (Ref.) Erachtens: 1) die schwere Erkrankung eines Organs, des Magens, welcher durch den Vagus mit dem Ohre noch speciell in ziemlich directe und indirecte Beziehung (Gangl. cervic. inf.) gesetzt ist; 2) die Anämie, bei welcher, wie bei allen Dyscrasien, die Disposition zu plötzlicher Exsudation in seröse Säcke vorliegt und, wie die Ohrenärzte wissen, wohl häufig auch bei Ohrerkrankung beobachtet werden. Ferner: bei anämischen Frauen laufen ja, gleichwie bei Kindern, von irgend einem peripher stärker erregten Reizpunkt aus Reflexerscheinungen besonders leicht in die Bahnen schon früher irritirter Nervengebiete über. Wir denken, dass es sich im vorliegenden Fall um eine schon länger bestanden habende chronische Paukenhyperämie gehandelt habe (bei Tuben-Collaps) und dass dann in Folge einer Erkältung im Hospital plötzlich die intra-tympanale Exsudation mit Durchbruch des Trommelfells ein-

getreten sei. Die Respirationsbeschleunigung datirte vielleicht schon seit der Magenerkrankung resp. seit dem Beginnen der Vagusreizung und wurde nur durch die Ohrirritation gesteigert. Wie aber und welche Momente möchten sich zur Erklärung anführen lassen? Da könnte man einmal an die Experimente der Herren Gellé und Wiet in Paris (Gaz. des Hôp., 1881) denken, wonach nach Dehnungen des N. vagus sich bei der Section die Zeichen einer Otitis med. acuta fanden: auf der einen Ohrseite im Tympanum Eiter, Perforation, sogar starke Injectionen im Labyrinth, auf der anderen Ohrseite nur Eiter in der Trommelhöhle. Diese Beobachter erklärten diese pathologischen Processe als durch Sympathicus-Irritation beziehungsweise -Lähmung bedingt, insofern der Sympathicus von dem gezerrten Nerv her durch Vermittelung des Vaguskern reflectorisch in Mitleidenschaft gezogen worden sein müsse. Auch die bekannte Thatsache, dass Reizungen im äusseren, von Vagusfasern mitversorgten, Gehörgang, durch fremde Körper und Instrumente Kitzeln, Husten und selbst Erbrechen im Gefolge haben, ist in Betracht zu ziehen. Ob danach umgekehrt Irritationen, von den Magenverzweigungen des Vagus ausgehend, wohl auch zu einer eitrigen Entzündung in der Trommelhöhle disponiren können? Woher die Dyspnoe bei der Patientin? Von Hysterie hätte keine Rede sein können, heisst es, da alle anderen Anhaltspunkte und Symptome dafür fehlten, dieselben waren von einer bemerkenswerthen Stetigkeit. Die Häufigkeit der Respirationen nahm nach geschehenem Durchbruch des Eiters oder vielmehr nach Aufhören der Schmerzhaftigkeit der Ohraffection successive ab. Auf welchem Wege mag nun die Weiterleitung des Impulses sich nach oder vom Ohre machen?

Das respiratorische Centrum wird bekanntlich von den verschiedensten peripheren Reizen her am ehesten afficirt und am schwersten; starke Reize bedingen Verlangsamung, schwächere Vermehrung der Respirationsbewegungen. Ob nun hier von dem Jacobson'schen Nerv (vom Glossopharyngeus) oder von den Trigeminus-Verzweigungen als Constituenten des Paukengeflechtes der Reiz ausging, bleibt zunächst gleichgiltig zu supponiren, da beide bekanntlich Reflexactionen vermitteln und die nach Tenotomie des Tensor tympani von Weber-Liel und Urbantschitsch gemachten Beobachtungen gänzlichen Sistirens bisher bestanden habender Migräne die Abhängigkeit auch anderer Reflexaffectionen von Ohrleiden darthun. Es wäre mit Beziehung auf die vom Respirationsorgan hervorgetretenen Erscheinungen nicht nur darauf zu verweisen (Ref.), dass in diesem Falle die Glossopharyngeusäste der Pauke die reizübermittelnden nicht zu sein brauchten, wenngleich seine Ganglionverbindung mit dem Vagus dies nahe legt, sondern die Irritation auch von den Sympathicusfasern des Paukengeflechtes ausgegangen sein kann; es tritt letzteres durch das Ganglion cervic. inf. mit dem Vagus in doppelte Beziehung. So mag denn einestheils die vom erkrankten Magen aus bewirkte Vagus-Irritation, andererseits das von dieser Seite schon irritirte Ganglion den ihm von den Pauken-Sympathicusfasern her übermittelten Reiz auch auf die die Lungen versorgenden Vagusfasern übertragen haben. Und warum sollte man schliesslich nicht alle drei differenten anatomischen Beziehungen beim Zustandekommen der referirten Symptome interessirt annehmen dürfen? (Ref.)

**

Ueber den Werth des Rinne'schen Versuches für die Diagnostik der Gehörkrankheiten. Von Dr. Schwabach in Berlin. (Zeitschr. f. Ohrenh. XIV. Bd., 1. Heft.)

Bekanntlich hat Rinne einen Versuch angegeben, welcher beweist, dass die Leitung durch die Schädelknochen für Töne, selbst wenn sie von festen Körpern ausgehen und direct auf das Skelett übertragen werden, hinter der Leitung durch die Luft und den acust. Schallleitungsapparat zurückstehen. So klingt eine ausschwingende Stimmgabel, deren Ton durch Knochenleitung vom Schädel aus nicht mehr percipirt werden kann, noch lange und intensiv fort, wenn die Stimmgabel vor's äussere Ohr gehalten wird. Nach Rinne lässt sich dieser für alle normalen Gehörorgane zutreffende Versuch zur Diagnose der nervösen Taubheit verwerthen. Denn falle er ungeachtet der Schwerhörigkeit positiv aus, so müsse die Leitungsfähigkeit der Knochen und des acust. Leitungsapparates intact sein und der Gehörnerv krank, falle er negativ aus, werde also der Ton durch die Kopfknochen ebenso lange oder länger, als durch das Ohr gehört, so liege eine Krankheit des Leitungsapparates vor.

Lucae legte diesem Versuche in Verbindung mit sorgfältiger Prüfung der Luftschallleitung für hohe und tiefe Töne eine grössere Bedeutung für die Diagnose bei, als dem Weber'schen Versuche. Bei bedeutender Schwerhörigkeit könne man nicht selten positiven Ausfall des Rinne'schen Versuches beobachten, was auf eine jenseits der Trommelhöhle liegende Erkrankung schliessen lasse; falle der R.'sche Versuch negativ aus, so sei eine Störung im schallleitenden Apparate vorhanden, ein Leiden des schallpercipirenden jedoch nicht ausgeschlossen. Zur Untersuchung des letzteren diene sodann die Prüfung der Luftschallleitung auf sehr hohe, in der viergestrichenen Octave liegende Töne.

Politzer dagegen sagt über den Werth des Rinne'schen Versuches, dass er an und für sich allein keine sicheren Anhaltspunkte zur Feststellung eines Nervenleidens liefere, da bei nicht selten sichergestellten Mittelohrerkrankungen ein positives Ausfallen vorkomme, bei Fällen hingegen, in welchen der ganze Symptomencomplex und die anderen Prüfungsmethoden eine Labyrintherkrankung wahrscheinlich machen, der Versuch negativ ausfalle.

Immerhin werde jedoch bei mangelnder Perception der Uhr und Stimmgabel durch die Kopfknochen durch den positiven Ausfall des Rinne die Diagnose auf Hörnervenerkrankung unterstützt.

Lucae erwidert, dass der negative oder positive Ausfall des Rinne nur dann in Betracht komme, wenn die Perception für Flüstersprache sehr herabgesetzt sei.

Dagegen könne bei geringer Schwerhörigkeit aus zweifellos peripherer Ursache der Versuch auch positiv ausfallen. Diesen einander widersprechenden Meinungen gegenüber suchte nun Schwabach den Werth des R.'schen Versuches festzustellen. Er bestätigt die Richtigkeit desselben für das gesunde Ohr und bringt die Resultate seiner bei 164 afficirten Ohren an 104 Kranken gemachten Untersuchungen. Die Prüfung geschah mit 2 auf ungestrichenes c (mit 132) und die Octave c (mit 264 Schwingungen) gestimmten Stimmgabeln.

Das Ergebniss der Untersuchung war: Es ist nöthig, den Rinne'schen Versuch mindestens mit 2 Stimmgabeln zu machen, weil der Versuch auf

demselben Ohre, mit der einen Stimmgabel angestellt, positiv, mit der anderen unternommen, negativ ausfallen kann. Nach Ausschaltung solcher zweifelhafter Fälle ist zu verzeichnen, dass bei schwerhörigen Personen mit objectiv nachweisbaren Veränderungen des Schallleitungsapparates der R.'sche Versuch mit 56,6 pCt. negativ, in 43,4 pCt. positiv ausfiel. Es ist mithin die Behauptung Rinne's, wonach bei positivem Ausfall normale Leitungsfähigkeit der Kopfknochen und des acustischen Schallleitungsapparates, hingegen eine Affection des Gehörnerven angenommen werden müsse, nicht allgemein giltig. Der Versuch kann auch bei zweifellosen Schallleitungshindernissen positiv ausfallen.

Auch die Angabe Lucae's, dass der positive oder negative Ausfall des R.'schen Versuches nur dann zu Schlüssen berechtige, wenn die Perception der Flüstersprache nur bis zu 1 Mtr. vorhanden ist, kann nicht bestätigt werden, indem bei zweifellos peripheren Ohrenleiden mit hochgradig herabgesetzter Hörfähigkeit der R.'sche Versuch positiv, hingegen bei derselben Affection mit mässiger Schwerhörigkeit negativ ausfallen kann.

Betreffs der Fälle, in welchen objective nachweisbare Veränderungen am Schallleitungsapparate nicht zu constatiren waren und welche in Anbetracht der anderen diagnost. Momente als Affectionen des schallpercipirenden Apparates angesehen werden müssen, ergab sich, dass der R.'sche Versuch in 91,3 pCt. positiv, in 8,7 pCt. negativ ausfiel.

Demnach scheint man, soweit die in Betracht kommenden Fälle einen Schluss erlauben, berechtigt, eine Affection des Nervensystems in jenen Fällen mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen zu dürfen, in welchen bei Mangel object. Veränderungen am Schallleitungsapparate der R.'sche Versuch positiv ausfällt.

Einen wichtigen Anhaltspunkt für die Differential-Diagnose legt der Verf. auf die Berücksichtigung der Zeitdauer, um welche eine auf den Scheitel aufgesetzt tönende Stimmgabel länger oder kürzer gehört wird, als von Normalhörenden.

Dieselbe wurde bei Affectionen des Schallleitungsapparates wesentlich länger, als bei gesunden Personen gefunden, dagegen bei Erkrankungen des schallempfindenden Apparates ebenso gross oder kürzer.

Und zwar zeigte sich die Perceptionsdauer bei schwerhörigen Personen mit object. nachweisbaren Veränderungen des Schallleitungsapparates ohne Nervenaffection und zwar sowohl bei positivem, als negativem Ausfall des R.'schen Versuches, verlängert in 87,2 pCt., nicht verlängert in 12,8 pCt.; bei schwerhörenden Personen mit fehlendem object. Befunde war sie verlängert in 33,3 pCt., nicht verlängert in 66,6 pCt.

Zuverlässiger wird diese Prüfungsmethode, wenn sie in Verbindung mit dem R.'schen Versuche für die Diagnose verwerthet wird.

Es zeigt sich dann in 94,4 pCt. der Fälle mit object. Veränderungen des Schallleitungsapparates und negativem R.'schen Versuche eine Verlängerung der Perceptionsdauer, in 5,6 pCt. nicht. Bei den peripherischen Affectionen mit positivem Ausfalle des Rinne war in 73,6 pCt. Verlängerung, in 26,3 pCt. keine.

Weder der Rinne'sche Versuch, noch derselbe mit der Lucae'schen Einschränkung, noch die Prüfung auf das Verhältniss der Perceptionsdauer für auf den Scheitel aufgesetzte Stimmgabeln für sich allein geben also ein sicheres differential-diagnostisches Moment, ob eine Affection des schall-

leitenden oder schallpercipirenden Apparates vorhanden ist; die geringsten Anhaltspunkte giebt bei object. Veränderungen des schallleitenden Apparates der einfache Rinne, doch kann er bei fehlenden object. Veränderungen am Schallleitungsapparate und bei positivem Ausfalle verwerthet werden.

Der Rinne'sche Versuch mit der Einschränkung Lucae's muss als ein zwar werthvoller, aber nicht unbedingt ausschlaggebender differentialdiagnostischer Anhaltspunkt angesehen werden.

Die Prüfungsmethode der Perceptionsdauer der Stimmgabel durch Tympanocranialleitung ist ein werthvoller differential-diagnostischer Behelf, besonders wenn bei object. nachweisbaren Veränderungen am Leitungsapparate und negativem Ausfalle des Rinne die Perceptionsdauer für die Stimmgabel vom Scheitel verlängert ist.

Die Prüfung der Perceptionsdauer durch Tympanocranialleitung liefert in einer grösseren Anzahl von Fällen verwerthbarere Resultate, als die bisher üblichen Methoden. Dr. Wiethe.

Ueber die verschiedenen Arten subjectiver Geräusche und ihre Behandlung. (Des différentes espèces de bruits subjectifs, et leur traitement) Von Ladreit de Lacharrière. Mittheilung auf dem Congress zu Kopenhagen. (Annal. des malad. de l'oreille etc. 1884, No. 4.)

L. theilt, theils auf Grund von Suppositionen, theils von Beobachtungen, welche Wahrscheinlichkeitsdaten bieten, die Ohrgeräusche ihrer Entstehung nach in 4 Categorien ein: 1) Geräusche in Folge Verschlusses des äusseren Gehörgangs und der Tuben; continuirliches Rauschen, wahrscheinlich von physiologischen Geräuschen im Ohr oder dessen Nähe stammend, die, sonst latent, bei Verschluss der natürlichen Schallabzugswege verstärkt und dadurch percipirt werden. 2) Geräusche in Folge gesteigerten Labyrinthdrucks vom Mittelohre her; bei Druck eines Fremdkörpers auf den Hammergriff, bei eingezogenem Trommelfell mit Spannungsänderung in der Gehörknöchelchen-Kette in Folge Tubenabschlusses; bei Retraction der Sehne des M. tensor tympani. Das hierbei entstehende Rauschen ist entweder continuirlich (bei Synechien zwischen Trommelfell und Paukenschleimhaut, Ankylose der Gehörknöchelchen) oder remittirend (bei Spasmus des Trommelfellspanners, vorübergehender Hyperämie der Paukenschleimhaut). 3) Geräusche in Folge von Labyrinthaffectionen mit constant musikalischem Charakter (Glockenläuten, Pfeifen, Vogelzwitschern etc.), so dass bei gleichzeitig vorhandenen nicht musikalischen Geräuschen auf verschiedenen Sitz der Erkrankungen im Gehörorgan zu schliessen sei. Diese Geräusche treten auf bei Labyrinthcongestionen (durch Neurosen, acute Fieber, grosse Chinin-Salicyl-Chenopodium-[North]-Dosen), Blutergüssen in's Labyrinth, chronische Labyrinthentzündung mit ihren Folgezuständen (Kalkpigment-Ablagerungen, Exostosen), ferner bei Degeneration des Acusticus. Dass auch durch heftige psychische Affecte und dadurch bedingte Nervosität Veranlassung zu andauernden Geräuschen gegeben werden kann, wird durch Beispiele erläutert. Auch das lästige anhaltende Nachklingen gehörter Melodien dürfte auf Hyperästhesie des Hörnerven zurückzuführen sein. Zuletzt werden noch die Beobachtungen von Schwartze und Köppe über die Beziehungen von subjectiven Gehörsempfindungen resp. Gehörshallucinationen zu Geisteskrankheiten angeführt.

4) Geräusche von entotischen Schallquellen herrührend (pseudosubjective, weil zuweilen auch von Andern wahrnehmbar); hierhin gehören die Blutgeräusche bei Chlorose, Anämie, aneurysmatischen Gefässerweiterungen.

Für die Behandlung ergiebt obige Eintheilung die Indicationen: Wegsammachen des äussern Gehörgangs und der Tuben, Luftdouche, in schweren Fällen Paracentese des Trommelfells, Tenotomie des Tensor tympani; vorher jedoch Versuche mit Jodkali, Arsenik, Einträufelungen in den Gehörgang mit Lösungen von Chloralhydrat, Pilocarpin, Atropin. Bei Labyrinthaffectionen noch Chinin nach Charcot's Methode, jedoch nur in desparaten Fällen, da Nachlass von Geräuschen und Schwindel nur mit Herabsetzung des Hörvermögens erkauft wird; dagegen weiss B. der Behandlung mit dem constanten Strome viel Gutes nachzurühmen.

Keller.

Casuistische Beiträge zur operativen Behandlung der Caries nach Otitis media. Von Docent Dr. Schondorff. (Arch. für clin. Chirurgie, 1884.)

Die Arbeit bietet mannigfaches Interesse, weshalb wir, in der Meinung, dass bei wichtigeren Themata ausführlichere Excerpte allein von Werth, genauer auf das Wissenswerthere eingehen. Zunächst handelt es sich um einen Fall, welcher die Mannigfaltigkeit acuter eitriger Schläfenbeinerkrankungen als Folge eitriger Mittelohrentzündungen in dankenswerther Weise illustrirt. Aus einem acuten Mittelohrcatarrh nach Eindringen von kaltem Wasser in's Ohr beim Schwimmen hatte sich durch Vernachlässigung eine eitrige Mittelohrentzündung entwickelt, die wegen ungünstig gelegener Perforation zur Sclerosirung des Warzenfortsatzes und unter Fistelbildung zu einem intracraniellen Abscesse führte. Ein exacerbiter chronisch eitrig gewordener Catarrh hatte sich so verschlimmert, dass der Patient am 3. März unter hohem Fieber und allen Erscheinungen einer beginnenden Meningitis und hoher Prostration in der chir. Klinik Aufnahme suchte. Hervorstechend war ein bis zur Vernichtung gehender fixer Kopfschmerz über der linken Lambda-Naht, am hinteren unteren Schädelbeinwinkel. Aus dem linken Ohr floss massenhaft stinkender Eiter, auch in der seitlichen Horizontallage aus Nase und Mund. Warzenfortsatz unempfindlich. Bei Druck auf die gekennzeichnete Stelle am Scheitelbein bricht der Kranke ohnmächtig zusammen. Einspritzungen in Ohr und Nase, Eisüberschläge änderten wenig an dem Zustande. Am 10. März Eröffnung des Warzenfortsatzes mit dem Hohlmeissel, 5 Mm. von der Ohrmuschel entfernt, in Trichterform von 15 Mm. Durchmesser an der Basis und 25 Mm. Tiefe durch den vollkommen sclerosirten Warzenfortsatz nach dem Antrum. Es wurde auch, da sich Eiter nicht zeigte, die knöcherne hintere Gehörgangswand mit Meissel und Hammer bis zum freiliegenden Trommelfellring entfernt; die hier durchgeführte Sonde erschien in der Trommelhöhle, aus der aber nach Borsäurelösung-Irrigation nur Wasser abfloss. Austrocknen der Wunde mit Chlorzinkwasser (Einblasung von etwas Borsäurepulver in den Gehörgang) und Einlegen eines mit Jodoformgaze (blutiges Secret trefflich filtrirend) umwickelten Drains; Lister'scher Occlusivverband. Die Kopfschmerzen dauerten fort. Am 13. März ein wenig Eiter im Meatus, daneben zeigte sich die Oeffnung einer Fistel, in welche die Sonde in der Richtung quer

nach hinten über 2 Ctm. vorgeschoben werden kann. Die Fistelöffnung wird etwas erweitert — worauf etwa 60 Gramm (!) Eiter pulsirend und bei Hustenstössen spritzend ausfliessen und nach Carbolinjection noch mehr. Also ein intracranieller Abscess an Stelle der ödematös geschwellten, schmerzhaften Stelle über der Lambda-Naht! Obschon nun Schmerz und Schwellung nachliessen, ergab sich doch, dass an Offenhalten der Fistelöffnung nicht zu denken sei, die Granulationen trotz scharfen Löffels täglich die Oeffnung verlegten, auch treten Nackensteifheit, Taubheit der Arme, Druckschmerz d. Proc. spasm., doch ohne Kopfschmerz-Schwindel auf. Der Eiterherd und Fistelgang mussten freigelegt werden. Dies geschah am 11. April; mit Hammer und Meissel wurde eine flache, die ganze Dicke der Schädelkapsel durchdringende Mulde, unten 5 Mm. breit, angelegt, deren Grund die pulsirende Dura bildete (Länge 7,5 Ctm.; grade Entfernung ihres Endes vom Antrum 7 Ctm.), welche sich also mit dem im Grunde liegenden Sinus transversus kreuzte; das blinde Ende des Fistelganges lag 1 Ctm. höher, als der obere Rand des äusseren Gehörganges; man hatte die Art. occipat. durchtrennen müssen. Antiseptische Irrigation, Ausstopfen der ausgetrockneten (Chlorzinkwatte) Wunde mit Jodoformgaze; keine Hautnaht, der Verhütung jeder Eiterretention wegen, L. Occlusivverband. Bei jedem Verbandwechsel Borsäure-Irrigation der Pauke vom Antrum aus, sowie Ballonluftpresse. Operation resp. Narcose hatte 2 Stunden gedauert. Anfangs Erbrechen (an 2 Tagen); Fieber, Schmerz, Nackensteifheit blieben jetzt verschwunden. Die Dura sah man noch am 21./4. pulsiren; Haut- und Knochenwunde verheilten bis zum 5./7. unter trockenem Abtupfen und Ausstopfung mit Jodoformgaze. Am 9. Mai hörte Patient (noch Perforation stecknadelknopfgross im hinteren oberen Quadranten des Trommelfelles) eine Uhr 5 Zoll vom Ohre entfernt; auch verschwand das Ohrensausen. Interessant ist die hier wiederholte Beobachtung, welchen Schutz noch bei dem doch gewiss 3 Monate alten intracraniellen Abscess die verdickte Dura dem Gehirne bot und die Eiterung weder zur Schädelnecrose noch zur eitrigen Thrombose der Emissarien führte; indess liessen doch die spinalen Reizsymptome vor der Operation an eine beginnende Leptomeningitis denken. Ueber das abweichend von der üblichen Nachbehandlungsmethode angewandte Verfahren meint der Herr Autor, dass dasselbe nur da zulässig, wo der ganze Eiterherd blossgelegt resp. eliminirt worden sei; unter 9 Verbänden mit Jodoformgaze wurde die Heilung erzielt. Zur Illustrirung der guten Wirkung der betr. Verbandmethode werden noch zwei Fälle, die aber nichts Besonderes boten, mitgetheilt. Ein weiterer Fall von Eiterretention mit Caries des Schläfenbeins und der über dem äusseren Gehörgang liegenden Knochenzellen bietet ein Beispiel für die seltenere alleinige Fistelbildung nach vorne; die ganze linke Schläfen- und angrenzende Warzengegend war bei einem 16jährigen Mädchen ödematös, heiss; ein Abscess unter dem tiefen Blatt des Musc. temporalis und unter der Knochenhaut; der Schuppentheil des Schläfenbeines bis an's Kiefergelenk war afficirt. Hier wurde die Durchbohrung mit einer Kornzange erreicht. Auskratzen des Abscesses, Drainage, Borsäurelösung-Durchspritzungen, antisept. Verband. Heilung der Wunde in ca. einem Monat. In einem 5. Falle hatte eine phlegmonöse Angina eine Schläfenbeincaries (oberer Umfang des Warzenfortsatzes cariös) ein-

geleitet. Incision, Eiterentleerung, Auskratzung, Drainage, antiseptische Irrigation. Heilung in 1½ Monaten. **

Sogenanntes trophisches Geschwür des äussern Ohres bei Anästhesie des Trigeminus und Occipitalis major. (Anaesthesia of the trigeminus, occipitalis major, and cervical plexus, [sic, Ref.] with so-called trophic ulcer of the external ear.) (New-York Med. Journal, 27. Dec. 1884.)

Der Fall, ein junger Mann und Patient von Dr. Pomeroy mit „perforirendem Geschwür des äusseren Ohres", wurde in der am 12. November 1884 abgehaltenen Versammlung der New-York Pathological Society von Dr. E. C. Seguin vorgestellt. A. Sch. (N.-Y.)

Clinische Berichte über Fälle von Erkrankung der nervösen Gebilde des Gehörorganes. Von Charles J. Kipp in Newark. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde. XIII. Bd. 4 Heft.)

Verf. veröffentlicht die Krankengeschichten von drei Patienten, welche unter Ménière'schen Erscheinungen erkrankten. Der erste Fall betrifft einen 48jähr. Mann, der auf dem rechten Ohre seit Kindheit taub ist. Das Hörvermögen des linken Ohres war vollkommen normal. Er hatte bis zum 12. October 1882 nie eine Krankheit zu überstehen gehabt. Am Abend dieses Tages nun wurde er von einem starken Schüttelfrost mit darauffolgenden Fiebererscheinungen befallen, litt an den folgenden Tagen an Schmerzen in der linken Stirne und Mattigkeit. Auf dem Rückwege von der Arbeit war er an dem erwähnten Abende schwindlig, und litt an lauten subject. Geräuschen, welche des Nachts an Stärke zunahmen. Zugleich bemerkte er, dass er vollständig taub sei, denn er hörte die Stimme seiner Frau nicht. Des anderen Morgens stellte sich das Gehör bis zu einem gewissen Grade wieder her, auch die subject. Gehörsempfindungen waren nicht mehr so stürmisch, der Schwindel bestand noch durch einige Tage und verschwand mit den subject. Gehörsempfindungen allmählig. DieHörschärfe war mittlerweile in dem früheren Grade zurückgekehrt. 24 Tage nach der ersten Attaque wurde Pat. abermals von Schwindel und Lärmen im linken Ohre befallen und verlor sofort wieder sein Hörvermögen. Alle diese lästigen Erscheinungen dauerten länger als das erste Mal, erfuhren sogar am 24. November eine bedeutende Zunahme. Abführmittel und Chinin hatten ganz und gar im Stiche gelassen. Am 27. November eine abermalige Steigerung der subject. Gehörsempfindungen, des Schwindels mit darauffolgender totaler Taubheit. Bei der vom Verf. am 28. November vorgenommenen Untersuchung vermochte Pat. weder Stimmgabeln noch die Uhr in der L.-L. oder K.-L. zu hören. Gehörgänge, Trommelfelle, Tuben normal. Verf. machte, um sich zu vergewissern, dass in der linken Paukenhöhle kein Exsudat vorhanden sei, in der hinteren Hälfte des linken Trommelfells eine Incision. Es entleerte sich keine Flüssigkeit. Keine Erkrankung des Nasenrachenraums, Herz normal, Augenspiegelbefund normal.

Verf. wendete nun locale Blutentziehung an, durch Application von 6 Blutegeln an dem linken Warzenfortsatze. Sinapismen auf Beine und Füsse. Der Schwindel dauerte an, die subject. Geräusche nahmen jedoch ab, während die Taubheit fortbestand. Am 12. December treten heftige neuralgische Schmerzen auf, von der linken Stirnhälfte ausgehend, über die linke Seite des Gesichtes und Halses bis in die Zähne ausstrahlend. Anschwellung und Röthung der Haut der linken Gesichtshälfte. 2 Tage nach dem Entstehen der Röthe, Schüttelfrost. Therapie Jodtinctur 15 Tropfen, innerlich 3 Mal täglich Jodkali und Extract. secal. corn. 8 Tropfen. Im Januar noch schwindlig und taub. Im März war der Gang des Pat. noch unsicher. Das Hörvermögen hat zugenommen, die subject. Gehörsempfindungen sind gemildert. Im Februar konnte er laute Worte

verstehen. Uhr in contig. auric. Politzer's Hörmesser 2″ vom Ohre entfernt, C^2 vom Proc. mast. und ½″ vor dem äusseren Gehörgange. Verfasser hält den Krankheitsprocess mit Rücksicht auf die einleitenden Schüttelfröste, auf die Ménière-schen Erscheinungen und die plötzlich auftretende und dann lange andauernde Taubheit, den subject. Gehörsempfindungen für eine Entzündung im Labyrinthe, welche von der Basis des Gehirns ausging und später auch das Ganglion Gasseri in Mitleidenschaft zog. Die Neuralgie und die Dermatitis erklärt Verf. mit Hyperämie oder leichter Entzündung des Ganglion Gasseri. Verf. hält diesen Fall für den einzigen, in welchem der Ménière'sche Symptomencomplex durch einen Schüttelfrost eingeleitet wurde. In vielen Fällen dieser scheint dem Verf. der fortgesetzte Gebrauch von Jodkali nützlich zu sein. Der zweite mitgetheilte Fall unterscheidet sich von dem ersten dadurch, dass der Ménière'sche Symptomencomplex nicht durch einen Schüttelfrost eingeleitet wurde, dass der 41jähr. Pat. unter dem Einflusse der plötzlich aufgetretenen subject. Geräusche hochgradig nervös und geistig deprimirt wurde und dadurch, dass die object. Untersuchung des äusseren und mittleren Ohres beider Seiten einen nicht ganz normalen Befund ergab, indem beide Trommelfelle eingezogen waren, auf dem linken Trommelfelle sich sogar eine grosse Narbe zeigte. Rechts war Pat. total taub, links das Hörvermögen etwas alterirt. Auch in diesem Falle trat ein neuralg. Schmerz der rechten Kopf- und Nackenhälfte und ein Erythem und Schwellung der rechten Gesichtshälfte ein. Verf. glaubt, bei dem Abhandensein einer acuten Mittelohrerkrankung dem plötzlichen Auftreten der Taubheit und des Ménière'schen Symptomencomplexes eine Labyrintherkrankung mit consecutiver Hyperämie der Hirnhäute und der Basis des Gehirns, sowie des Ganglion Gasseri annehmen zu dürfen. Im dritten Falle diagnosticirt Verf. eine auf die Schnecke beschränkte Erkrankung, eine Hämorrhagie in die Schnecke oder eine Embolie der Arteria audit. int., weil bei der Kranken, welche plötzlich unter Auftreten eines lärmenden Geräusches im linken Ohre und bald darauf nachfolgender Taubheit dieses Ohres erkrankte, ein stärkeres Schwindelgefühl nie vorhanden war. Unter der Verabreichung von Chinin verschwanden die subject. Geräusche, während die Taubheit unverändert blieb.

Die neueste Erfindung, das Antiphon. Ein Apparat zum Unhörbarmachen von Tönen und Geräuschen, von M. Plessner, Hauptmann a. D., Rathenow. Verlag von Schulze & Bartels. Besprochen von Dr. Weil, Stuttgart.

In der letzten Zeit brachten die Tagesblätter öfters Notizen über das Antiphon, ein von Herrn Hauptmann Plessner erfundenes Instrument.

Das Publikum wurde durch diese Mittheilungen, die Jedermann in der verlockendsten Weise Schutz gegen störenden Lärm in der Umgebung versprachen, aufmerksam, und seither wird man nicht selten über die Sache befragt. Ich halte es für angezeigt, in unserer Monatsschrift einige Bemerkungen über diese „neueste Erfindung" zu machen.

Das — meistens aus Metall — in verschiedenen Grössen hergestellte Instrument hat nebenstehende ankerförmige Gestalt. An dem einen Ende ist eine Kugel angebracht, diese kommt in den Gehörgang und schliesst diesen ab; das andere Ende, die convexe Scheibe, soll sich gegen den Antihelix stemmen und so das Instrument festhalten.

Das einfache, sinnreich construirte Instrument schwächt in der That, wenn die richtige Grösse herausgewählt ist, den Lärm in der Umgebung ausgezeichnet ab, besser als die zu diesem Zwecke bisher benutzten Mittel, wie Watte etc. Das billige Instrument wird bestimmt seine Freunde finden.

Ob es aber doch nicht Uebertreibung ist, wie der Verfasser in seiner Arbeit mit stolzen Worten sagt: „Es darf ohne Uebertreibung behauptet werden, dass mit Erfindung des Antiphons die Ketten des Hörzwangs, in denen die zahllosen, hinsichtlich eines ihrer Sinne bereits einer höheren Stufe der organischen Entwickelung angehörenden Individuen so lange geschmachtet haben, für immer gebrochen sind, und dass der Gebrauch dieses kleinen Instrumentes bald für die Mehrzahl aller Gebildeten zur Unentbehrlichkeit, ja zu einer Art masonischen Symboles werden dürfte, an welchem alle feiner benervten Personen sich gegenseitig erkennen und unterscheiden werden von den Individuen antiquirterer Organisation.“ — wird sich ja bald zeigen.

Der Verfasser empfiehlt sein Instrument nicht blos zu prophylactischen Zwecken, sondern auch, was uns Aerzte besonders noch interessirt, zur Behandlung von Ohrenkrankheiten; ausser zur Schonung des erkrankten Ohres hauptsächlich auch zur Behandlung von subjectiven Gehörempfindungen. Plessner stützt sich hier auf eine Arbeit von Lucae:*) „Zur Entstehung und Behandlung der subjectiven Gehörsempfindungen“, und dessen Empfehlung, die Geräusche mittelst Ton-Behandlung zu beseitigen.

Plessner füllt zu diesem Behuf die hohle Kugel seines Instrumentes mit feinem Schrot, Steinchen, Sand, kleinen Schellen etc. „Derartige, als chirurgische zu bezeichnende Antiphone erzeugen bei der geringsten Bewegung des Körpers, beim Gehen also, continuirlich lebhafte, meist schellenartig klingende Geräusche, durch welche bestimmte dumpfe subjective Gehörempfindungen übertönt und bei längerem Gebrauch des Instrumentes zum Schweigen gebracht werden können. Durch angemessene Auswahl der Substanzen und zwar sowohl des Materials der Kugeln, wie des der eingeschlossenen beweglichen Körper lässt sich eine gewisse Mannigfaltigkeit der zu erzeugenden objectiven Geräusche erreichen und zur Bekämpfung pathologischer Gehörempfindungen von entgegengesetztem Character in Anwendung bringen.“

Wenn Referent sich erlaubt, die vorliegende Arbeit zum Lesen zu empfehlen, so möchte er doch diese Empfehlung blos auf den zweiten Theil, der manches Interessante enthält, beschränken. Der erste Theil, den der Verfasser überschreibt: „Populär-wissenschaftlicher Stossseufzer der Erleichterung“, und in dem es von Uebertreibungen wimmelt, ist ohne Schaden zu überschlagen.

---

b) Rhinologische:

Beiträge zur plastischen Chirurgie der Nase. Von Prof. Mikulicz. (Arch. f. clin. Chirurgie, 30. Bd., H. 1.)

Aus diesem Aufsatze wollen wir hier nur das Verfahren des Verf. zur Aufrichtung eingesunkener Nasen bei Defect im knorpeligen Nasengerüste, wie solche hauptsächlich nach Syphilis zur Beobachtung kommen, mittheilen. In der Narcose wurde ein Tenotom

*) Worüber wegen Raummangel das ausführliche Referat erst in nächster Nummer erscheinen kann. (Redact.)

knapp am Rande des Nasenbeins in der Mittellinie unter die Haut geführt und subcutan die die letztere fixirende Narbenmasse nach rechts und links vom Knochen abgelöst; nachdem noch von den Nasenlöchern aus mittelst geknöpften Messers die Narben von der Innenseite her in mehreren Richtungen durchschnitten worden waren, wurden beide Nasenlöcher stark austamponirt, wodurch sich der eingesunkene Nasenrücken vollständig emporheben liess. Um denselben dauernd in dieser Stellung zu erhalten, ward ein Stützapparat construirt, bestehend aus zwei symmetrischen, bügelförmig gekrümmten und mit Cautschuk überzogenen Drahtstücken. Jeder Bügel wurde gesondert eingeführt und lag so, dass sein unterer Theil sich auf den unteren Rand der Incisura pyriformis stützte, der obere den Nasenrücken emporhält. Bei richtiger Einlegung der Bügel, die von aussen nicht zu sehen sind, erlangt die Nase ein vollkommen normales Aussehen. Die Bügel wurden Morgens und Abends entfernt, gereinigt und frisch eingelegt: mit Zuhilfenahme eines Spiegels lernten die Patienten selbst das Wechseln des Stützapparates. Leider hat aber die Methode den, einen dauernden Erfolg beeinträchtigenden Nachtheil, dass nach Verlauf einiger Zeit die junge Narbe zu schrumpfen beginnt, wodurch der Druck der Bügel allmählig unerträglich werden kann und die Kranken zum Weglassen des Apparates veranlasst werden, was in 2 von M.'s Fällen passirte, während ein dritter, der die Bügel vom 4. Monate ab während der Nacht herausnahm, trotzdem noch nach 10 Monaten die „ziemlich schöne Form" seiner Nase rühmen konnte.

M. kommt daher über den Werth dieser Behandlungsmethode zu folgendem Urtheile: „Patienten, bei welchen nicht ein hinreichender Grad von Intelligenz, Eitelkeit und Willenskraft die Durchführbarkeit der Behandlung von vornherein sichert, sind für dieselbe absolut nicht geeignet. Bei Kranken, welche vor der mühevollen Nachbehandlung nicht zurückschrecken, ist der Versuch immerhin zu unternehmen, da die Form der Nase nicht schlechter, sondern nur besser werden kann, und keine sichtbaren Narben zurückbleiben. Wahrscheinlich bleibt der Zustand auch in jenen Fällen gebessert, in welchen das Tragen des Stützapparats schon nach 2—3 Monaten abgebrochen werden muss. Bevor die Pat. denselben jedoch vollständig ablegen, mögen sie es versuchen, die Bügel wenigstens bei Tage zu behalten. Ob und in welchen Fällen eine dauernde Beseitigung der Sattelnase durch die Methode zu erreichen ist, müssen weitere Erfahrungen lehren." Heinze.

Entzündung, Abscess und Neubildung der Ethmoidalzellen. (Inflammation, abscess and new growths of the ethmoidal cells.) Vortrag von Dr. Thudichum in der West London medico-chirurgical Society. (Lancet 1885, Jan. 10)

Schmerz zwischen den Augen, Verlust des Geruchsinnes, Hypersecretion der Nase, Schwellung der Glabella, Schwellung und Verfärbung der Lider sind Zeichen der Entzündung. Hypertrophie der Ethmoidalzellen macht Verstopfung der oberen Nasengänge. Behandlung: Galvanocaustik der hypertrophirten Stellen. Abscesse öffnen sich in die Nase, in das obere Augenlid oder in den inneren Augenwinkel, ohne den Thränenweg zu betheiligen. Verf. beschreibt dann noch myxomatöse und krebsige Geschwülste aus den Ethmoidalzellen, welche in mehreren Fällen Blindheit erzeugten. M. Schmidt.

Seröse Perichondritis der Nasenscheidewand. Von Prof. Dr. A. Jurasz in Heidelberg. (D. med. Wochenschrift No. 50, 1884.)

J. beobachtete nach einem Erysipel der Nase und des Gesichts bei einem 10jährigen Kinde beide Nasenöffnungen ausfüllende, rothe halbkugelige Tumoren, welche, von der Scheidewand ausgehend, sich ziemlich weit nach hinten erstreckten. Beide Tumoren entleerten bei der Punction etwa 5 Cbcm. klare seröse Flüssigkeit; der Scheidewandknorpel war in der ganzen Ausdehnung der Tumoren blossgelegt; beide Tumoren communicirten durch eine Perforationsöffnung in der Knorpelplatte. Angaben über ähnliche Beobachtungen findet sich nur bei Velpeau. Der Process ist aufzufassen als eine durch das Erysipel veranlasste Perichondritis, die bis jetzt nur am Nasenscheidewandknorpel gesehen worden ist und eine Analogie hat in der von Ollier zuerst beschriebenen, an den Diaphysenenden von Femur und Humerus vorkommenden serösen Periostitis. Götze.

SURGICAL & MEDICAL JAN 13 1885 LIBRARY

Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Adenoid vegetations of the nasopharynx.) Von Dr. Morell Makenzie. (Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 3.)

Verf. giebt eine kurze Geschichte der Krankheiten, beschreibt die ganze pathologische Anatomie derselben und die durch sie hervorgebrachten Symptome. Die Arbeit enthält recht hübsch ausgeführte rhinoscopische und microscopische Bilder der Krankheit. Dr. P. K.

Heufieber bei einem Neger. (Coryza vasomotoria periodica [„Hay Asthma"] in the negro. With some remarks on the etiology of the disease.) Von John N. Mackenzie in Baltimore. (The Medical Record, 18. October 1884.)

Heufieber wurde bisher bei Negern nie beobachtet. M. constatirte es bei einem 35jährigen Mann dieser Race. A. Sch. (N.-Y.)

Anwendung des Cocaïns in der Nase. (A new therapeutic use of Cocaine.) Von F. H. Bosworth in New-York. (The Medical Record, 15. November 1884.)

Bosworth hofft grossen Nutzen von der Anwendung des Cocaïns durch Einträufelung in die Nasenhöhle, oder in Form des Spray 1) zur Bekämpfung der Exacerbationen des Heufiebers, 2) zur Milderung oder Coupirung des gewöhnlichen Schnupfens, 3) zur Verhinderung der entzündlichen Reaction nach Aetzungen der Schleimhaut, 4) um die Gebilde der Ocularinspection zugänglicher zu machen und 5) zur Steuerung der bei Operationen, wie Abschnüren von Polypen, so hinderlichen Blutung, sowie zur Stillung von Epistaxis aus was immer für Ursache. A. Sch. (N.-Y.)

Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase, mit Einschluss der Rhinoscopie und der local therapeutischen Technik. Für Studirende und Aerzte. Von Dr. Ph. Schech, Docent an der Universität München.

Die Fortschritte auf dem Gebiete der Mundrachen- und namentlich der Nasen-Krankheiten sind in den letzten Jahren so grosse gewesen, dass der pr. Arzt von denselben Notiz nehmen muss. Diesem und dem Studirenden ein brauchbares Buch in die Hand zu geben, ist der Zweck

der vorliegenden Arbeit, da alle bisherigen, z. Theil vorzüglichen, diesen Abschnitt der Pathologie behandelnden Werke entweder an zu grosser Knappheit, oder an allzu grosser Ausführlichkeit leiden. Zur Lösung dieser Aufgabe, deren Durchführung nach der Meinung des Ref. eine vorzügliche genannt werden darf, ist Verf. durch eine 12jährige praktische und litterarische Thätigkeit auf dem Gebiete der Nasen- und Rachenkrankheiten berufen.

Die Eintheilung des Stoffes ist eine durchweg originale und übersichtliche. Jedes Capitel ist eingeleitet durch eine Uebersicht der anatomischen Verhältnisse und eine eingehende Beschreibung der Untersuchungsmethoden der betreffenden Organe. Zu bemerken ist, dass nach Sch. die Untersuchung des Nasenrachenraums mit dem Zaufal'schen zwar werthvolle Aufschlüsse geben kann, dass aber die Application derselben schmerzhaft und oft von Blutungen gefolgt ist. Die Krankheiten des Mundes sind kurz und präcis behandelt; überall ist das Hauptgewicht auf den objectiven Befund gelegt. In dem Capitel „Syphilis des Mundes" werden zwar die syph. Rhagaden der Mundwinkel erwähnt, doch vermisst Ref. einen Hinweis auf die diagnostische Bedeutung „nicht heilen wollender böser Mundwinkel", die oft allein dem Hausarzt einen Wink für von Dienstboten, Kindermädchen etc. verheimlichte Lues geben.

Aus den allgemeinen therapeutischen Bemerkungen über Halskrankheiten ist hervorzuheben, dass bei Affectionen des Rachens Electricität von Nutzen, Massage des Halses aber wirkungslos ist. Gurgelwässer sind nur bei Affectionen des Isthmus fauc. zu brauchen, da sie andere Theile nicht erreichen. Die Therapie ist für jede einzelne Krankheit bestimmt angeführt; wem sie zu specialistisch gefärbt sei, möge bedenken, dass es eine einfachere und ebenso wirksame nicht gebe. Die adenoiden Wucherungen werden unter dem Capitel der Pharyngitis chron. abgehandelt; zu ihrer Entfernung empfiehlt Sch. eine von ihm construirte Choanenzange; eine Vorliebe für eigene Instrumente tritt vielfach hervor, doch hindert sie den Verfasser nicht, auch die Vorzüge anderer anzuerkennen. Der Diphtherie ist, entsprechend ihrer Bedeutung, ein ausführliches Capitel gewidmet. Das theuere Papayotin als Lösungsmittel der Membranen kann durch Pepsin und Salzsäure nicht ganz ersetzt werden. Durch Einlegen Schrötter'scher Canulen kann beim Croup, wenn sie gelingt, die Athmung wenigstens momentan erleichtert werden.

Im dritten Abschnitte wird bei Gelegenheit der Rhinitis chron. und der Neubildungen und Geschwülste den Reflexneurosen eine eingehende Würdigung zu Theil. Die Auslösung der Reflexe findet sicher meist ohne Betheiligung des cavernösen Netzes von den sensiblen Nerven der Schleimhaut aus statt; ein Kriterium, durch welches man die Abhängigkeit einer Neurose von einer Nasenerkrankung feststellen könne, giebt es nicht; die beste Behandlung ist die galvanocaustische; zur Entfernung hyperplastischer hinterer Muschelenden wird die Glühschlinge empfohlen. Die atrophische Form der Rhinitis geht aus dem hypertrophischen Stadium hervor; der Foetor ist Folge der durch die Atrophie bedingten physicalischen und chemischen Eigenthümlichkeit des Nasensecretes.

Genauere Litteraturangaben fehlen ganz, doch sind die bedeutendsten Autoren im Texte genannt; die fünf beigegebenen guten Abbildungen

lassen bedauern, dass dieselben nicht im Interesse des Anfängers um einige vermehrt worden sind.

Das durchweg auf Grund eigener Anschauungen verfasste Buch kann Aerzten und Studirenden dringend empfohlen werden. Götze.

Vorlesung über Krankheiten des Halses und der Nasenwege, verbunden mit Erkrankung des Mittelohrs. (Lecture on affections of the throat and nasal passages associated with disease of the middle ear. Von Dalby. London. (Lancet 1885, Jan. 10.)

Verf. glaubt, dass die käsigen Secretpfröpfe in den Tonsillen und im Schlunde bei Personen vorkommen, welche unter ungesunden und schwächenden Bedingungen leben, z. B. stundenlanger Aufenthalt in ungesunder Luft, angestrengte Thätigkeit und Leben unter herabstimmenden Einflüssen. Eine Aenderung der Lebensweise mit viel Bewegung in freier Luft, an der See oder auf dem Lande, soll in kurzer Zeit mehr helfen, als Arznei oder örtliche Behandlung.

Zur Diagnose der adenoiden Vegetationen zieht er den Finger der bei einem grossen Theil der Patienten unmöglichen (?) Rhinoscopia posterior vor. Bei Erwachsenen entfernt er sie am liebsten mit einer Art verlängerten, am Fingerhut angebrachten Stahlnagels, der über den Fingernagel etwas vorsteht. Operation bei hängendem Kopfe kennt Verf. nicht.

Trockner Nasenrachencatarrh beginnt meist in der Jugend und ist unendlich häufig Folge von Keuchhusten oder Masern, oder Scharlach. Ausspritzen mit warmer alcoholischer Flüssigkeit und eine Salbe von Quecksilberoxyd, vorne in der Nase angewendet, verhindern die Entwicklung der Ozaena. M. Schm.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Experimentelle Untersuchungen und Studien über Contracturen der Stimmbandmuskeln. Von Dr. H. Krause in Berlin. (Virchow's Archiv, Bd. 98, 1884.)

Die Deutungsversuche des bekannten, von Gerhardt zuerst beschriebenen Krankheitsbildes, dessen wesentlichen Character Glottisverengerung durch Medianstellung der Stimmbänder mit consecutiver Athemnoth und Erstickungsanfällen bilden, geben keinen befriedigenden Aufschluss des Krankheitsprocesses und es unternahm Kr. deshalb eine experimentelle Untersuchung der Frage.

Die Resultate der Arbeit sind folgende:

Reizung des peripheren Endes eines Recurrens bedingt Anlegen des gleichseitigen Stimmbandes an das andere, gleichgiltig, in welcher Stellung das letztere sich befindet; der dadurch bedingte Glottisverschluss löst sich bei der nächsten Inspiration trotz Fortdauer der Reizung; das andere Stimmband bleibt unbeweglich, doch macht der dazu gehörige Aryknorpel eine deutliche Bewegung zur Mitte. Reizung des centralen Endes des Laryngeus sup. ergiebt, wenn dessen äusserer Ast erhalten ist, festen Glottisschluss. Reizung des centralen Vagusendes ergiebt Inspirationsstellung des gegenüberliegenden Stimmbandes bei richtig getroffener Strom-

stärke; ist diese zu gross, so erfährt der ganze Kehlkopf eine Verlängerung von vorn nach hinten und es scheint, als ob das Stimmband durch gleichzeitige Action der Verengerer und Erweiterer gezerrt werde.

Da die meisten Fälle des fraglichen Leidens durch Compression des Recurrens verursacht waren, so versuchte Kr. in 3 Versuchsreihen den natürlichen möglichst ähnliche Bedingungen herzustellen. In der ersten Versuchsreihe wurde der Nerv einem plötzlichen Drucke durch die Ligatur ausgesetzt. In den beiden ersten Fällen gelang es, auf diese Weise Medianstellung eines resp. beider Stimmbänder zu erzielen, welche im ersten Falle nach 30 Stunden in Cadaverstellung überging, im zweiten erst mit dem nach 40 Stunden erfolgten Tode des Versuchsthieres endete. Der dauernde Reiz der Ligatur kann nicht die mot. Fasern über einen Tag lang erregt haben, wohl aber kann ein sensibler Nerv dauernde Erregung durch einen solchen mechanischen Reiz erfahren. Da nach Exner's und Weinzweig's Untersuchungen auch der Laryng. inf. sensible Fasern führt, so liegt es nahe, zu vermuthen, dass dieselben, durch die Ligatur gereizt, eine 40 Stunden dauernde Reflexcontraction hervorgerufen haben mögen; von 9 weiteren Versuchen waren nur 2 positiv, verliefen aber ohne stürmische Erscheinungen; in einem dieser Fälle gingen die Stimmbänder nach Durschneidung der Laryngei sup. sofort aus der Median- in die Cadaverstellung über.

In der zweiten Versuchsreihe wurde der Nerv vermittelst einer mechanischen Vorrichtung allmählig comprimirt; unter 11 Fällen ergaben nur 2 die erwünschte Stimmbandstellung; aber es zeigte sich, dass bis zum Eintritte der completen Lähmung Adduction und Abduction gleich energisch ausgeführt wurden; es entspricht also die Annahme einer Vorneigung der Abductorfasern, früher und hochgradiger durch Druck, als ihre Antagonisten, gelähmt zu werden, der Wirklichkeit nicht.

Gute Resultate erhielt Kr., wenn er den Recurrens an irgend einer Stelle zwischen Manubrium sterni und Ringknorpel zwischen einem Kork und einem lose darübergebundenen Gummiband comprimirte. Schon nach einigen Stunden treten bei noch ergiebigen Excursionen der Stimmbänder vibrirende Zuckungen in der operirten Seite und längeres Verweilen derselben in Adductionsstellung auf; etwa 10 Stunden nach der Operation wird die Athmung stridulös, eine Erscheinung, die nach 24 Stunden wieder schwindet; jetzt, findet man die Stimmbänder dauernd fest in Adductionsstellung; beim nicht narcotisirten Thiere treten sie bei jeder Inspiration fest aneinander; selten beobachtet man Klaffendbleiben bei der In- und völlige Annäherung bei der Exspiration. Das Zusammentreten bei der Inspiration macht den Eindruck einer durchaus activen Function, die als eine abnorme Steigerung der die Inspiration begleitenden Mitbewegungen der antagonistischen Muskelgruppen anzusehen ist. Nach Aufhören der Compression erlangt das Stimmband seine Bewegungsfähigkeit nach kürzester Zeit wieder. Am durchschnittenen Nerven ergiebt Compression des peripheren Endes dieselben Resultate. Auf gleiche Weise am Vagus angestellte Versuche ergaben Inspirationsstellung des Stimmbandes der betreffenden Seite. Microscopisch zeigten sich an den Nerven die zu erwartenden entzündlichen und degenerativen Vorgänge; nichts an den zugehörigen Muskeln. Den Process fässt Kr. auf als eine tonische Contractur der Glottisverengerer, hervorgerufen durch einen den

Recurrens treffenden peripheren Reiz; den Symptomencomplex als Folge einer Lähmung der Abductorfasern, oder als secundäre neuroparalytische Contractur aufzufassen geht nicht an, da er mit Aufhören des Druckes schwindet. Die experimentellen Ergebnisse sind auf die menschliche Pathologie direct übertragbar; die längere Dauer der Medianstellung der Stimmbänder erklärt sich aus dem langsamen Zunehmen des den Nerven treffenden Druckes; wo sie, wie im ersten Falle von Gerhardt, Jahrzehnte lang gedauert hat, können fibröse Veränderungen der gereizten Muskeln, Atrophie ihrer Antagonisten, oder auch Veränderungen im cricoarythaenoiden Gelenk im Spiele gewesen sein. — Es folgt eine Discussion der einschlägigen Arbeiten von Gerhardt, Roegel, Penzoldt, Rosenbach und Semon, die im Original einzusehen ist. Götze.

Ueber die Localisation des corticalen motorischen Centrum des Larynx. Von D. Bryson Delavan, M. D., New-York.*)

D. beschreibt einen Fall von linksseitiger Hemiplegie, bei welchem sich mit derselben eine fast vollständige Unmöglichkeit zu schlucken und eine Veränderung in der Qualität der Stimme, die zu einem gebrochenen, pfeifenden und unsicheren Tone reducirt war, einstellte. Aphasie nicht vorhanden. Mit Ausnahme der Sprachstörung besserten sich alle Erscheinungen im Laufe der Zeit. Die 5 Jahre nach dem Insult angestellte laryngoscopische Untersuchung ergab Lähmung des linken Stimmbandes in Medianstellung, ein Befund, der sich bis Juni 1884 nicht geändert hat. Electrische Reaction liess sich nicht bestimmen. Fussend auf einen gleichen, von Séguin mit Obductionsbefund publicirten Fall glaubt D. den Sitz der cerebralen Läsion in die dritte rechte Stirnwindung resp. in deren Nähe verlegen zu dürfen; dort ist wahrscheinlich das corticale Bewegungscentrum für den Larynx. Götze.

Ein seltener Fall von Paralysis laryngea. (Raro caso di paralisi laringea.) Von Prof. Ramon de la Sota y Lastra di Siviglia. (Archivu italiani di laringologia, I. Heft 1884.)

X., 50 Jahre alt, von lymphatischer Constitution, hat in verschiedenen Zeitpunkten ihres Lebens an scrophulösen Erkrankungen der Augen und der Lymphdrüsen gelitten. Funfzehn Jahre darauf trat eine Entzündung einer Lymphdrüse auf, die vor dem linken Sternocleidomastoideus in der Höhe des vierten Trachealringes gelegen war; die Drüse vereiterte und liess eine strahlenförmige, unregelmässige, mit dem unterliegenden Gewebe fest anhaftende Narbe zurück. Seit dieser Zeit war die Stimme der Patientin verändert. Anfangs aphonisch, besserte sie sich allmählig doch so weit, dass die Patientin von der nächsten Umgebung verstanden werden konnte. Respiration normal. Es vergingen viele Jahre, als plötzlich in Folge einer Erkältung Schmerzen im Larynx, fortwährender Hustenreiz und Aphonie auftraten; Respiration sehr erschwert.

Die pharyngo-laryngoscopische Untersuchung ergab eine dunkelrothe Färbung der hinteren Pharynxwand und zwischen den erweiterten venösen Gefässen einige Granulationen. Die Schleimhaut der Aryknorpel dunkel-

---

*) Cfr. hierzu M. f. O. No. 11, 1883, Krause; „Ueber die Beziehungen von Grosshirnrinde zu Kehlkopf und Rachen. (Red.)

roth, geschwellt. Die wahren Stimmbänder waren nur an ihrem freien Rande sichtbar wegen Schwellung der falschen; dennoch konnte man wahrnehmen, dass das linke Stimmband sich bei der Inspiration nicht bewegte. Es wurde ein chronischer Kehlkopfcatarrh mit Parese des linken M. crico-arytaenoideus posticus diagnosticirt. Nach einer mehrwöchentlichen Pinselung der afficirten Schleimhaut mit in Chlorzinklösung eingetauchten Wattebäuschchen war die Schwellung der Kehlkopfschleimhaut so weit zurückgegangen, dass man das Innere des Larynx vollkommen überblicken konnte. Der laryngoscopische Befund ergab, dass sich das rechte Stimmband beim Intoniren wenig von der Kehlkopfwand entfernte; das linke befand sich noch immer in Cadaverstellung.

Es war einleuchtend, dass es sich um eine doppelte Lähmung handelte, um die vollständige des linken und um die partielle des rechten Stimmbandes. Da die Lähmung des linken trotz jeder Behandlung nicht verschwand, nahm der Autor an, dass es sich um Druck auf den linken Recurrens durch die Narbe am Halse handle. (?) Die Lähmung des r. Stimmbandes verschwand vollständig nach mehrmaliger Anwendung des galvanischen Stromes. Dr. E. F.

Caries des Ringknorpels, Schlingbeschwerden, Erstickungsanfall, laryngoscopisches Bild ähnlich dem der Posticuslähmung, Tracheotomie. Tod nach 4 Monaten durch Lungeninfiltration, Section. (Carie du cartilago cricoide, dysphagie, accès de suffocation, aspect laryngoscopique analogue à celui de la paralysie des dilatateurs, trachéotomie d'urgence, survie de 4 mois, mort par infiltration tuberculeuse des poumons, autopsie.) Von Dr. Lermoyez. (Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 3.)

Ein 38jähriger Mann, früher gesund, Potator, heiser, Schlingbeschwerden, des Nachts Erstickungsanfälle, continuirliche leichte Dyspnoe; Lungen und Herz normal. Dyspnoe nimmt rasch zu, Spiegel zeigt das classische Bild der Posticuslähmung. Crico-Tracheotomie wurde ausgeführt. Alcohol, Chinin, Fleischpulver. Allgemeinbefinden besser, Schlingbeschwerden dauern fort. Patient kann mittelst der Broca'schen Canüle athmen. Abmagerung nimmt zu, Appetitlosigkeit, immer wachsende Schlingbeschwerden. Die nach der Ehrlich'schen Methode untersuchten Sputa zeigen zahlreiche Tuberkelbacillen. Rasseln an der linken Lungenspitze. Nach 2 Monaten stellt Patient sich in jämmerlichem Zustande wieder vor: Oedem der Extremitäten, schlecht aussehende Trachealwunde, Necrose des Schildknorpels, hinter dem Sternum eine durch die Sputa bedingte Tasche, Aphonie. Patient stirbt unter den Zeichen einer ausgesprochenen Phthise. Bei der Section war interessant, dass der Ringknorpel den Ausgangspunkt der Krankheit bildete und das Bild einer Posticuslähmung vorspiegelte. Dr. P. K.

Grosse tuberculöse Wucherung, am freien Rande des vorderen Theiles des rechten Stimmbandes sitzend. Erstickungsanfall. Tracheotomie. Tod nach einigen Tagen. Section: Beide Lungen tuberculös infiltrirt, vergrösserte Peritrachealdrüsen, Compression der beiden Recurrentes. (Végétation tuberculeuse énorme formant polype mobile, implantée au bord de la corde vocale droite et à son insertion antérieure. Accès de suffocation. Trachéotomie d'urgence. Mort quelques jours après l'opération. Autopsie:

Infiltration tuberculeuse des deux poumons, gangliom péritrachéaux volumineux, compression des recurrents.) Von Dr. Lermoyez. (Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 3.)

Ein 40jähriger tuberculöser Schlosser ist heiser, leidet an Erstickungsanfällen und hat das Gefühl eines mit den Respirationsbewegungen auf- und niedersteigenden fremden Körpers im Larynx. Das Laryngoscop zeigt einen Fleischklumpen, der dem Respirationsstrom nach oben und unten folgte und nach einer Exspiration sich auf die Glottis legte. Die Tracheotomie musste Nachts in einem Erstickungsanfalle gemacht werden. Gleich nach der Operation befand Patient sich wohl. Nach 2 Tagen sieht die Wunde schlecht aus und riecht stark, das Allgemeinbefinden wird immer schlechter, die Lungenerscheinungen nehmen zu und der Kranke stirbt. Section: Die Lungen zeigen eine alte Tuberculose und einen frischen, vielleicht erst nach der Tracheotomie eingetretenen Nachschub. Bei von hinten geöffnetem Larynx sieht man einen grossen, am vorderen Ende des rechten Stimmbandes frei beweglich sitzenden hahnenkammförmigen Tumor, ein grosses tuberculöses Geschwür im Interarytaenoidalraum und Schwellung der Stimmbänder. Die Peritracheallymphdrüsen sind besonders rechts angeschwollen und comprimiren beide Recurrentes. Dr. P. K.

A case of cavernous papilloma of the vocal band. By Franklin H. Hooper. (The New-York Medical Journal for July 26, 1884.)

H. beobachtete bei einem Prediger, welcher seit Jahresfrist an angeblich durch Erkältung acquirirter Heiserkeit litt, am vorderen Drittel des linken Stimmbandes, dem freien Rande desselben aufsitzend, eine kleine Geschwulst mit glatter, blassgelber Oberfläche; bei Untersuchung mit Sonnenlicht konnte deutlich Blut als Inhalt derselben gesehen werden; die Geschwulst blieb zufällig bei Einführung einer Fauvel'schen Zange an derselben hängen und erwies sich nicht, wie zu erwarten, als eine Blutcyste, sondern als aus cavernösem Gewebe bestehend, das in seinem Innern eine grössere, mit Blutkörperchen ausgefüllte Höhle führte, aussen von einer mehrfachen Lage flacher Epithelien bedeckt war. Ein ähnlicher Fall ist nur von Fauvel beschrieben. Götze.

Ueber Struma intrathoracica retrotrachealis. Von Prof. Krönlein. (D. Zeitschr. f. Chirurgie, 20. Bd., H. 42.)

Bei einem 63jährigen Manne, der wegen hochgradigster tracheostenotischer Erscheinungen tracheotomirt wurde, ohne dass dadurch die Respiration erheblich freier geworden wäre, und der 9 Tage später unter den Symptomen chronischer Kohlensäureintoxication starb, fand sich folgender merkwürdige und seltene Befund. Von dem unteren und hinteren Pol des linken Lappens der im Uebrigen nicht vergrösserten Schilddrüse geht ein fast faustgrosser Fortsatz (Colloidkropf mit derber Kapsel) unter der ersten linken Rippe nach unten in den Thorax, wo er sich, medianwärts wendend, zwischen Trachea und Oesophagus hineindrängt, mit seinem unteren Ende bis zur Bifurcation der ersteren reichend und nach rechts zu den lateralen Rand von Oesophagus und Trachea wohl um 2 Ctm. überragend. In der Höhe der oberen Thoraxapertur, entsprechend dem Druck der darüber liegenden ersten linken Rippe, trennt eine hals-

förmige Einschnürung den Tumor von der Hauptmasse des linken Schilddrüsenlappens. Luft- und Speiseröhre sind in einer Längenausdehnung von 4—5 Ctm., und zwar in der Höhe des 10.—12. Trachealringes 5 Ctm. weit auseinandergedrängt, so dass die säbelscheidenartig abgeplattete und erweichte Trachea einen starken Bogen nach vorn und rechts beschreibt, während der ebenfalls platt gedrückte Oesophagus nach hinten und etwas nach links vorgedrängt erscheint. Erst an der Bifurcation legen sich die beiden Organe wieder in normaler Weise aneinander. Genau entsprechend der Lage und Ausdehnung dieser intrathoracischen Struma zeigt die Wirbelsäule vom 1.—5. Brustwirbel eine starke skoliotische Verkrümmung nach links, und liegt der Tumor bequem eingebettet in der Concavität dieser Krümmung und mit ihm hinten die Speise- und vorne die Luftröhre.

Der Kranke war seit seiner Kindheit „engbrüstig" gewesen, welche Beengung in späteren Jahren immer mehr zunahm, beim Treppensteigen schon grosse Beschwerden hervorrief, aber nach Jodkaligebrauch häufig temporär sich besserte. Ausser der beständigen Athemnoth war aber bereits vor 30 Jahren, beim Tanzen, ein Mal ein Erstickungsanfall aufgetreten, der sich dann etwa alle Jahre ein Mal, später häufiger wiederholte. Erst im Todesjahre trat eine wesentliche Steigerung aller Beschwerden ein, verbunden mit beängstigendem Gefühl in der Herzgegend, häufigem Hustenreiz, ohne Möglichkeit, die geringen Schleimmengen zu expectoriren; auch gab Pat. an: „dass ihm beim Husten der Kehlkopf oben im Halse stecken bleibe und nicht mehr hinuntergehe, und müsse er ihn dann sofort gewaltsam mit den Händen hinunterdrücken, um nicht zu ersticken." Auch das Essen war in der letzten Zeit erschwert: Festes ging gar nicht mehr hinunter und auch wenn er Flüssiges genoss, musste er zwischen hinein öfters Athem schöpfen. Die zwei Mal vorgenommene laryngoscop. Untersuchung ergab nichts Besonderes: Das erste Mal „gute Function der Stimmbänder, Larynxeingang injicirt, besonders die vordere Wand und die Gegend unterhalb der Stimmbänder"; das zweite Mal „Stimmbänder injicirt, bisweilen gut sich bewegend, dann wieder mangelhaft auseinanderweichend".

Kr. hält den Fall für eine angeborene Bildungsanomalie der Schilddrüse, die, strumös degenerirend, schon frühzeitig sich vergrösserte, deren verderbliche Wirkung auf die Nachbarorgane indessen compensirt und aufgehalten wurde durch die skoliotische, durch Druck des Tumors verursachte Ausbiegung der Wirbelsäule: ohne die durch diese bedingte Raumbeschaffung hätte die zwischen Luft- und Speiseröhre eingekeilte Struma viel früher zum Tode führen müssen. Der gelegentlich der Tracheotomie beobachtete Tiefstand des Kehlkopfs und dessen sehr geringfügige Excursionen bei der Respiration finden ihre Erklärung in der Fixation und dem Zuge nach unten, den die Halseingeweide durch den im Brustraume eingeklemmten und nun nach unten vergrösserungsfähigen Tumor erleiden mussten. Das von dem Pat. beschriebene Symptom des Steckenbleibens des Kehlkopfes aber erklärt sich daraus, dass sich bei einem Hustenanfall der rundliche Tumor in der oberen Thoraxapertur einkeilte und in demselben Momente wie ein Kugelventil sowohl diese als auch die vor und hinter ihm liegende Luft- und Speiseröhre verschloss. Patient stiess dann in der That den Kehlkopf

wieder abwärts, zugleich mit ihm aber auch den Tumor und befreite sich so von der Erstickungsgefahr. Kr. hält das oben angeführte Symptom unter Umständen für pathognomonisch. Heinze.

Facialisparalyse durch Druck auf den Nerven bei seinem Austritt an der Basis cranii; anatomische Studien über die Lymphgefässbahn der Mundrachenschleimhaut. (Cas de paralysie faciale par compression du nerfusa soitre de la base du crane suivi de considérations anatomiques sur la circulation lymphalique de la muqueuse buccopharyngienne.) Von Dr. Stocquart. (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, publié par la société royale des sciences médicales de Bruxelles. 1881. Septembre.)

Ein 17jähr. Mädchen hatte seit drei Tagen eine plötzlich eingetretene linksseitige Facialisparalyse; anfangs verspürte sie starke Schmerzen an dem linken hintern Ende des Processus alveolaris des Oberkiefers; die beiden Einbiegungsäste (Temporofacialis und Cervicofacialis) waren gelähmt: die linke Stirnseite war abgeplattet. Das linke Auge weiter geöffnet, als das rechte: der Orbicularis war gelähmt, während der Levator palpebrae superiorjs sich spannen konnte; erschlaffte letzterer Muskel, so konnte das obere Augenlid sich schliessen, ohne den Bulbus ganz zu bedecken; das untere Segment des letzteren blieb wegen Lähmung des Orbicularis unbe deckt. Der auf diese Weise äusseren Insulten ausgesetzte Bulbus dreht sich durch Wirkung des Obliquor nach oben und aussen. Wegen der Lähmung des Orbicularis waren die beiden Thränenpunkte von der Conjunctiva getrennt: es entstand Thränenträufeln. Die Nasenspitze war nach rechts gezogen und das linke Nasenloch enger, als das rechte. Die Lippen waren nach rechts gezogen und der linke Mundwinkel gesenkt. Patientin konnte nichts Flüssiges im Munde behalten und geiferte beim Trinken. Beim Blasen dehnte die linke Wange sich übermässig passiver Weise aus, der rechte Mundwinkel zog sich dabei zusammen, während am linken sich ein ziemlich grosser Zwischenraum zwischen beiden Lippen bildete. Unmöglichkeit, die Labiale auszusprechen; linksseitiges Ausfallen der Haare, Sensibilität bestand fort; Reflexe aufgehoben; electrische Contractilität bestand noch wegen der kurzen Dauer der Krankheit.

Bekanntlich werden die Facialisparalysen in centrale und periphere eingetheilt: I. Centrale Paralyse konnte ausgeschlossen werden, denn 1) die Paralyse war auf einen einzigen Nerven beschränkt, was doch selten bei centralen Paralysen vorkommt; 2) centrale Paralysen sind unvollständig und verschonen dann gewöhnlich den Orbicularis; 3) sonstige Zeichen centraler Erkrankung fehlten und hatten auch nie bestanden; 4) die Reflexe sind bei centralen Paralysen nicht aufgehoben, während es hier doch der Fall war. II. Periphere Paralysen sind solche, welche den Nerven von seinem Ursprung am Bulbus bis zu seiner Ausbreitung im Latissimus colli, den Gesichtsmuskeln und dem Halse treffen. Reflexe sind dann immer aufgehoben; das Gegentheil kommt bei centralen Paralysen vor, wo der Willen des Kranken nicht mehr wirkt und es blos eines kleinen peripheren Reizes bedarf, um Contractionen hervorzurufen. Die peripheren Paralysen werden ihrer anatomischen Lage entsprechend eingetheilt in 1) Basilarparalysen, vom Ursprung des Facialis bis zu seinem Eintritt in den Meatus acusticus internus; 2) interstitielle Paralysen, vom Meatus ac. interius bis zum Foramen stylo-mastoideum; 3) oberflächliche Paralysen, welche die Endigungsäste des Facialis treffen, vom Foramen stylo-mastoid. bis zu den oberflächlichen Halsmuskeln. Es wurde a priori die Paralyse idiopathica (rheumatica, e frigare), sowie die traumatische Paralyse ausgeschlossen. Das plötzliche Entstehen liess auch die entzündliche organische Erkrankung des Facialis ausschliessen. Es musste also Compression angenommen werden. Compression im Innern des Schädels (Gehirntumoren, Gehirnerkrankung, Knochenexostose) be-

ginnen nicht so plötzlich und sind übrigens von anderen Symptomen begleitet. Ohraffectionen fehlten auch. Es konnten also die zwei ersten Arten der peripheren Compression ausgeschlossen werden (Basilarparalyse und interstitielle Paralyse). Die dritte Art, die oberflächliche Compressionsparalyse, wurde also angenommen. Da alle Muskeln des Facialiasgebietes gelähmt waren, musste entweder jeder Endzweig für sich oder aber der Hauptstamm comprimirt werden. Alle Endzweige verlaufen aber durch die Parotis, und wäre erstere Art von Compression im Spiele, so müsste die Parotis natürlich selbst miterkrankt sein; letzteres war aber nicht der Fall. Die Oompression wurde also als auf den Hauptstamm wirkend angenommen. Dieser höchstens 2—2½ Centimeter lange Stamm geht bekanntlich vom Foramen stylo-mastoideum zur Parotis, in welcher er sich in 2 Aeste theilt. Auf diesem Stamm liegt eine, bei unserer Patientin angeschwollene Lymphdrüse, welche auf den Stamm drückt. Dieses Ganglion erhält also, dem klinischen Verlauf unseres Krankheitsbildes nach zu urtheilen, Lymphgefässe von der Mucosa des Processus alveolaris des Oberkiefers, wenn auch Sappey in seinem anatomischen Lehrbuche das Gegentheil behauptet. Letzterer Anatom lehrt nämlich, dass die Lymphgefässe der Mucosa des Processus alveolaris sich mit denen des Gaumens vereinigen und in die an der Theilungsstelle der Carotis communis sich befindlichen Ganglien münden; Sappey gesteht aber selbst, dass er selbe nur schwer injiciren konnte. Man kann also jedenfalls annehmen, dass, wenn auch Lymphgefässe der Mucosa des Processus alveolaris sich in die der Carotis communis aufsitzenden Ganglien ergiessen, doch auch andere dieser selben Lymphgefässe in die der Parotisgegend aufgelagerten Ganglien münden.

Die Untersuchung des Mundes ergab, dass an der betreffenden, im Anfangsstadium der Krankheit schmerzhaften Stelle ein Weisheitszahn hervorgewachsen war und dass das benachbarte Zahnfleisch geröthet, geschwollen und schmerzhaft war. Der Zahn wurde ausgezogen, das Zahnfleisch heilte und die Kranke war in fünf Tagen von den Druckerscheinungen resp. der Lähmung geheilt.

Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der intramusculären Zungendrüsen. (Contribution à l'étude de la pathologie de la glande intramusculaire de la langue.) Von Prof. Dr. Breda in Padua. (France médicale, 13. Septembre 1884 und Revue mensuelle de laryngologie No. 11.)

Nuhn hat diese beiden Drüsen zuerst im Jahre 1845 beschrieben; sie liegen symmetrisch im Zungenfleische ungefähr einen Centimeter vom freien Rande entfernt; von derselben Structur, wie die Inframaxillardrüsen, werden sie vom Nervus lingualis und von der Arteria ranina versorgt. Die Autoren sind nicht einig über die Zahl der Ausführungsgänge und über ihre Mündung. Nach Vlacovich münden sie in der Mittellinie und in der Plica fimbriata. Legt man die Zunge nach oben, so sieht man auf beiden Seiten des Frenulum sich zwei längliche Hervorragungen bilden, welche theilweise durch die in Rede stehenden Drüsen gebildet werden; drückt man auf diese Stellen, so quillt etwas zähe, eiweisshaltige Flüssigkeit hervor.

Diese Drüsen erkranken am oftesten und sind der Beginn der meisten Zungenleiden. Verf. bringt drei Fälle zum Beweis.

Dr. P. K.

Ein Fall von schwarzer Zunge. (Un cas de langue noire.) Von Dr. Broatch. (The British medic. Journal, 17. April 1884 und Revue mensuelle de laryngologie No. 11.)

Ein 60jähriger kränklicher Maler zeigt auf dem hinteren Drittel der

Zunge einen zollgrossen braunschwarzen Fleck; der betastende Finger spürt eine grosse Zahl kleiner, aus schwarzen Filamenten zusammengesetzter Erhabenheiten, welche man leicht mittelst Pincette wegnehmen konnte; auf der betreffenden Stelle sieht man dann das seines Epithels beraubte Zungengewebe. Der Fleck besteht seit 2 Jahren. Kein Schmerz, blos Verminderung des Geschmacksinnes. Das Microscop zeigt die betreffenden Filamente aus schwarzbraunen Epithelialzellen zusammengesetzt; die Färbung nimmt von der Spitze bis zur Basis ab; es sind Hypertrophien der Zungenpapillen. Dr. P. K.

Epithelioma der Zungenbasis, der linken Mandel und des Gaumensegels. (Epithelioma de la base de la langue, de l'amygdale gauche et du voile du palais.) Von Dr. Kendal Franks. (The Lancet, 24. Mai 1884 und Revue mensuelle de laryngologie No. 11.)

Die Operation wurde ohne Blutung mit dem Galvanocauter und dem Thermocauter vollzogen. Interessant dabei ist, dass bei Anwendung der Trachealröhren von Macewen eine wirklich eintretende Blutung nicht zu fürchten und man dabei die Anaesthetica getrost anwenden kann.
Dr. P. K.

Sarcom der linken Mandel. (Sarcome de l'amygdale gauche.) Von Dr. Balding. (The lancet, 23. Août 1884 und Revue mensuelle de laryngologie No. 11)

Verf. zeigte in einer Sitzung der Medicinischen Gesellschaft in Cambridge das anatomische Präparat. Eine 53jährige Patientin stellte sich vor mit abundanter Blutung aus dem Munde, Halsschmerzen, stinkendem Athem und diffus begrenzter Geschwulst an der linken Inframaxillargegend; Unmöglichkeit, den Mund zu öffnen. Patientin ging zu Grunde. Die Section zeigte ein Sarcom der linken Mandel, der Regio inframaxillaris und der Epiglottis. Dr. P. K.

Mandelschanker. (Chancre de l'amygdale.) Von Dr. Taylor. (The medical record, 24. Mai 1884 und Revue mensuelle de laryngologie No. 11.)

In einer Sitzung der medicinischen Gesellschaft zu New-York liest Taylor eine Abhandlung über Mandelschanker. Die Fälle sind nicht so selten, als man im Allgemeinen glaubt, und erklären sich nur aus unnatürlicher Befriedigung des Geschlechtstriebes. Aehnliche Beispiele sind von Burney, Wigleston, Bumsleads beschrieben worden. Der Mandelschanker ist leicht von Plaques muqueuses und anderen syphilitischen Geschwüren zu unterscheiden: die Details der Infection (Anamnese), die einseitige Entwickelung des Schankers entsprechend der einseitigen Drüsenschwellung, Schlingbeschwerden, die Verbreitungsweise der Syphilis auf dem übrigen Körper helfen zur Differentialdiagnose.
Dr. P. K.

Zur Kenntniss der Tuberculose des Oesophagus. (Aus Prof. Chiari's pathol.-anatom. Institut in Prag.) Von Dr. Beck. (Prager med. Wochenschrift 35 u. 36, 1884.)

Verf. fügt den 3 einzigen, nach seiner Ansicht bis jetzt vollkommen sichergestellten Fällen von Tuberculose des Oesophagus (Breus, Eppinger, Weichselbaum), 2 weitere, am Sectionstische gemachte Beob-

achtungen dieser sehr seltenen Krankheit hinzu. In dem einen Falle (45jähr. Mann mit Pyopneumothorax, tubercul. Basilarmeningitis, Tuberculose der Bronchial- und Mediastinaldrüsen, des Kehlkopfes, der Trachea etc.) zeigte sich an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel des Oesophagus auf dessen vorderer Wand ein 3 Ctm. langes, 1 Ctm. breites, durch Durchbruch käsiger Lymphdrüsen (welche den Grund desselben bildeten) entstandenes tuberculöses Geschwür; im anderen Falle (54jähr. Mann mit allgemeiner Miliartuberculose, einem Hirntuberkel und ausgedehnter Larynxtuberculose) war, in Fortsetzung der an Epiglottis und Aryknorpeln befindlichen Geschwüre, der untere, pharyngo-laryngeale Theil des Pharynx, der Zungengrund und der obere Oesophagusabschnitt, hinten in Höhe von 10 Ctm., vorn in Höhe von 6½ Ctm., in eine ringförmige tuberculöse Ulceration verwandelt, welche intra vitam den Eingang zum Oesophagus so stenosirt hatte, „dass nur eine mitteldünne Sonde das Hinderniss passirte". Dieser Kranke, bei dem die Diagnose auf Oesophagus-Carcinom gestellt worden war, hatte angegeben, seit 3 Monaten an Schlingbeschwerden zu leiden und nur flüssige Nahrung geniessen zu können (bei den starken Zerstörungen an Epiglottis und Aryknorpeln verliert dieses Symptom für die Diagnose der tubercul. Oesophagus-Ulceration naturgemäss sehr an Bedeutung. Ref.); während in dem ersten Falle Symptome überhaupt nicht beobachtet wurden.

(Mor. Mackenzie bemerkt in seinem Lehrbuche, II. Th., pag. 158, dass die Differentialdiagnose zwischen dieser Affection und dem Krebs des Oesophagus hauptsächlich auf der Thatsache basire, dass die Dysphagie bei ersterer keine regelmässig fortschreitende sei. Ref.)

Heinze.

Epithelioma des mittleren Theiles des Oesophagus, wobei die Symptome der Perforation der Geschwulst in die Trachea erst in den 15 letzten Lebenstagen erschienen. (Epithélioma de la partie moyenne de l'oesophage dans laquelle les symptômes imputables à la perforation de la trachée par le néoplasme n'ont apparu que dans les 15 derniers jours de la vie.) Von Dr. Ganzinotti. (Revue médicale de l'Est, 15. Mai 1884, und Revue mensuelle de lar. No. 8.)

Die Symptome bestanden in Angstgefühl und Erstickungsanfällen, welche jedesmal nach dem Schlucken von flüssigen Speisen eintraten; es wurde zäher Schleim, mit der Nahrung vermischt, ausgeworfen. G. hat 50 solche Fälle von Perforation gesammelt, unter denen blos 17 Mal die Symptome klar ausgesprochen waren. G. bemerkt dabei, dass umgekehrt solche Symptome eintreten können, ohne dass Perforation wirklich stattgefunden hat. Dr. P. K.

Ein Granulom der Trachea. Von Dr. Basler. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 20. Bd., H. 1 u. 2.)

Krankengeschichte eines Falles von Tracheotomie bei einem 3jähr. Kinde, vorgenommen wegen hochgradiger Larynxstenose und „Verdachts auf diphtheritische Form des Croups", bei welchem während der Heilungsperiode starke Wucherungen der Trachealschleimhaut auftraten, welche das Schliessen der Canüle bezw. die Herausnahme derselben verboten, durch Aetzungen mit 30pctiger Chromsäurelösung von der Trachealwunde aus aber allmählig definitiv beseitigt wurde. Heinze.

Behandlung der Dyspnoe mittelst Quebracho aspidosperma. (La dyspnée et son traitement par le Quebracho aspidosperma.) Von Dr. Mariasi y Carrion. (Therapeutic gazette und Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, Octobre 1884.)

Verf. theilt die Ursachen der Dyspnoe in drei Classen: 1) alle Lungen-, Pleura-, Klappen- und Gefässkrankheiten; 2) alle Unterleibskrankheiten, welche die Excursionen des Diaphragma hindern; 3) das wirkliche Asthma und die hysterische Dyspnoe. Von allen Mitteln erschien das Quebracho das beste. Das Resultat der Experimente des Autors und sieben anderer Collegen war folgendes: Schnelle Resorption, langsame Ausscheidung. Keine Wirkung auf das Nervensystem bei kleinen Dosen, bei grossen Dosen Schwere im Kopfe, Kopfschmerzen, Dunkelsehen und Schwindel. Verminderung des Pulses und der Athembewegungen. Bitterer Geschmack, Wärmegefühl im Magen, manchmal Diarrhoe. Urin roth, Brennen in der Harnröhre. Am besten wirkte das Quebracho bei Lungen- und Herzkrankheiten. Die Formel ist folgende: Tinct. sive Extract. Quebracho 2—4 Grammes, Aqu. destillatae 150 Grammes, Syrup. simplicis 30 Grammes, MD. in viermal in zweistündlichen Unterbrechungen zu nehmen. Verf. bringt zum Beleg 42 Krankengeschichten und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Quebracho bringt Verminderung der Pulsschläge und der Respirationsbewegungen; 2) seine Wirkung scheint sich blos auf das Herz zu beschränken, dessen Bewegungen es regelt; 3) die auffallende Wirkung kommt gleich nach dem Einnehmen des Medicamentes; 4) es ist das einzige Medicament, dem man für sich allein diese antidyspnoetische Wirkung zuschreiben kann; 5) auf die nervöse Dyspnoe zu schliessen, bedarf es einer grösseren Anzahl von Experimenten; 6) es ist möglich, dass das Quebracho bei acuten Lungen- und Herzaffectionen nützlich sei; 7) bei Abdominalleiden kann es auch von Nutzen sein; 8) in obigen Dosen, selbst lange angewandt, bringt es nie übele Zufälle. Dr. P. K.

Ein Ueberblick über die von der Kehlkopf-Exstirpation bis heute gewonnenen Resultate. Von Dr. Zesas. (Archiv für clin. Chirurgie, 30. Bd., 3 H.)

Seit der ersten, im Jahre 1873 von Billroth ausgeführten, ward die totale Larynxexstirpation bis jetzt 70 Mal vorgenommen, und zwar: 60 Mal wegen Carcinom (mit 42 Todesfällen, 15 Genesungen, Resultat unbekannt bei 3), 5 Mal wegen Sarcom (3 gestorben, 2 genesen), je 1 Mal wegen syphilitischer Stenose, Perichondritis, tubercul. Neubildung (sämmtlich gestorben), polypöse Wucherung und Larynx-Papillom (beide genesen). Die Todesursachen in den erstgenannten 42 Todesfällen waren: 15 Mal Pneumonie, 12 Mal Recidiv, 3 Mal Collaps, 2 Mal Erstickung, 2 Mal unbekannt, 3 Mal Erschöpfung, je 1 Mal Lungenembolie, Pleuropericarditis, Abscesse in den Lungen, Emphysem. pulm. und Bronchitis, und fiel der letale Ausgang 23 Mal zwischen 36 Stunden und 14 Tage und 17 Mal zwischen 2 Wochen und 12 Monate.

Bis jetzt sind sämmtliche im Alter von über 70 stehenden Operirten bald gestorben, während von den Genesenen der Aelteste 67 Jahre alt war. Die Zahl von 17 Genesungen bei 65 Fällen bösartiger Neubildungen bürgen nach Verf.'s Ansicht für den Werth des neuen Heilverfahrens

und berechtigen zur Ausführung der Operation, insbesondere, wenn sie rechtzeitig, alsbald nach feststehender Diagnose, frühzeitig, noch ehe die Drüsen in Mitleidenschaft gezogen sind, und in nicht zu vorgerücktem Alter vorgenommen wird. Heinze.

Larynxbepinselungen in Bezug auf Ansteckung der Tuberculose. (Badigeonnage de la muqueuse du larynx au point de vue de la contagion de la tuberculose.) Von Dr. Noquet. (Bulletin médical du Nord.)

Ein Pinsel, welcher einmal bei Larynxtuberculose angewandt wurde, kann selbst nach sorgfältigem Auswaschen noch Koch'sche Bacillen enthalten, wie Hering in einer Sitzung der Société française d'otologie et de laryngologie aus Erfahrung bemerkte. Ein solcher Pinsel kann namentlich in einem catarrhalisch afficirten Larynx Tuberculose hervorrufen. Jeder Kranke soll also seine eigenen Pinsel haben, oder man soll ein Instrument erfinden, wo man bei jedem Kranken einen frischen Wattetampon hineinthun kann. Dr. P. K.

Gastrotomie. (Lancet 1884, Dec. 6.)

Boyce Barrow trug über diesen Gegenstand in der Medical Society of London vor. Er sicherte in einem Fall von Oesophaguscarcinom den Magen in der Wunde mittelst Hasenschartennadeln; er eröffnete den Magen am zehnten Tage, so lange wurde Patient per rectum ernährt. Derselbe starb 4 Monate später an Abscessen im Gehirn und Nieren. M. Schm.

Comprimirte und verdünnte Luft als Substitut für Climawechsel bei Lungenkrankheiten. (The use of compressed and rarefied air, as a substitute for change of climate, in the treatment of pulmonary diseases.) Von J. Solis-Cohen in Philadelphia. (Verhandlungen der American Climatological Association, New-York Med. Journal, 18. October 1884.)

Enthält die Beschreibung und Abbildung einer compendiösen Modification des Waldenburg'schen Apparats mit Tretblasebalg, welche von der Firma Queen and Co. in Philadelphia für ca. 20 Dollars hergestellt wird. Bemerkenswerth ist die Angabe, dass die Behandlungsweise mit compr. und verdünnter Luft in den Vereinigten Staaten bisher nur sehr wenig Eingang gefunden hat. A. Sch. (N.-Y.)

Practical suggestions upon the alimentation of patients suffering from Dysphagia. By D. Bryson Delavan. (The Medical Times, June 7, 1884.)

Bei allen, auch den nur wenige Tage dauernden Krankheiten, welche mit Dysphagie einhergehen, also event. bei Tuberculose, Krebs, Syphilis, Diphtherie, Tonsillitis, Parotitis und Retropharyngealabscess, ferner bei Krampf oder Lähmung der Pharynxmuskeln und nach Operationen im Larynx und Pharynx, ist künstliche Ernährung durch Eingiessen der Nahrung indicirt, wenn anders nicht eine Erkrankung des Magens die Ernährung per rectum zweckmässiger erscheinen lässt. Man schafft dadurch den kranken Parthien Ruhe, vermeidet mechanische und chemische Insulte und erhält die Ernährung. Zur Eingiessung empfiehlt sich statt der Schlundsonde ein elastischer Catheter von möglichst dünnem Caliber,

welcher nur bis in den Oesophagus resp. bis jenseits eines Hindernisses in demselben, nicht aber bis in den Magen geschoben werden soll. Die Nahrung wird am besten aus einer mit doppelt durchbohrtem Kork versehenen Flasche, durch welchen ein Glasrohr auf den Boden, ein anderes nur bis an den oberen Rand des Korkes reicht, in kleinen Portionen in den Oesophagus eingepumpt. Götze.

Larynxexstirpation bei einem Greise. (Exstirpation du larynx chez un vieillard.) Von Dr. Leisrink. (The medical record, 24. Mai 1884 und Revue mensuelle de laryngologie No. 11.)

Bei einem 72jährigen Manne wurde wegen Carcinom die Totalexstirpation des Larynx gemacht. Vier Monate später starb Patient an Pneumonie, ohne dass Recidive eingetreten war. Dr. P. K.

Inhalt.

I. Originalien: Jos. Gruber: Zur Hörprüfung. — E. Schmiegelow: Ein Fall von einseitigem Defect in dem rechten hinteren Gaumenbogen. — W. Kiesselbach: Eczema introitus narium. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Macdougall: Einfluss acuter Mittelohrentzündung auf die Respiration. — Schwabach: Ueber den Werth des Rinne'schen Versuches für die Diagnostik der Gehörkrankheiten. — Ladreit de Lacharrière: Verschiedene Arten subjectiver Geräusche und ihre Behandlung. — Schondorff: Operative Behandlung der Caries nach Otitis media. — Seguin: Sogenanntes trophisches Geschwür des äussern Ohres bei Anästhesie des Trigeminus und Occipitalis major. — Kipp: Erkrankung der nervösen Gebilde des Gehörorgans. — Plessner: Das Antiphon, ein Apparat zum Unhörbarmachen von Tönen und Geräuschen. — b) Rhinologische: Mikulicz: Plastische Chirurgie der Nase. — Thudichum: Entzündung, Abscess und Neubildung der Ethmoidalzellen. — Juraez: Seröse Perichondritis der Nasenscheidewand. — Makenzie: Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums. — Mackenzie: Heufieber bei einem Neger. — Bosworth: Anwendung des Cocains in der Nase. — Schech: Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase, mit Einschluss der Rhinoscopie und der local therapeutischen Technik. — Dalby: Vorlesung über Krankheiten des Halses und der Nasenwege. — c) Pharyngo-laryngologische: Krause: Experimentelle Untersuchungen und Studien über Contracturen der Stimmbandmuskeln. — Delavan: Localisation des corticalen motorischen Centrum des Larynx. — de la Sota: Seltener Fall von Paralysis laryngea. — Lermoyez: Caries des Ringknorpels. — Lermoyez: Grosse tuberculöse Wucherung, am freien Rande des vorderen Theiles des rechten Stimmbandes sitzend. — Hooper: A case of cavernous papilloma of the vocal band. — Krönlein: Struma intrathoracica retrotrachealis. — Stocquart: Facialisparalyse durch Druck auf den Nerven bei seinem Austritt an der Basis cranii; anatomische Studien über die Lymphgefässbahn der Mundrachenschleimhaut. — Breda: Beitrag zur Lehre der intramusculären Zungendrüsen. — Broatch: Ein Fall von schwarzer Zunge. — Franks: Epithelioma der Zungenbasis, der linken Mandel und des Gaumensegels. — Balding: Sarcom der linken Mandel. — Taylor: Mandelschanker. — Beck: Zur Kenntniss der Tuberculose des Oesophagus. — Ganzinotti: Epithelioma des mittleren Theiles des Oesophagus. — Basler: Granulom der Trachea. — Mariasi y Carrion: Behandlung der Dyspnoe mittelst Quebracho aspidosperma. — Zesas: Ueberblick über die von der Kehlkopf-Exstirpation bis heute gewonnenen Resultate. — Noquet: Larynxbepinselungen in Bezug auf Ansteckung der Tuberculose. — Barrow: Gastrotomie. — Solis-Cohen: Comprimirte und verdünnte Luft als Substitut für Climawechsel bei Lungenkrankheiten. — Delavan: Practicalsuggestions upon the alimentation of patients suffering from Dysphagia. — Leisrink: Larynxexstirpation bei einem Greise.

Beiträge oder Referate beliebe man an Herrn Prof. Dr. Weber-Liel in Jena einzusenden; ebenso alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive, Separat-Abdrücke und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan, Berlin S. W., Alte Jacobstr. 6.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Burow** (Königsberg i. Pr.), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), DocentDr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Weil** (Stuttgart).

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität, Ohrenarzt d. Allg. Krankenhauses in **Wien**

Dr. J. M. ROSSBACH
o. ö. Prof. d. spec Pathol. u Therap. u. Vorstand der medicin. Klinik an der Universität in **Jena**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in **München**

Dr. L. v. SCHRÖTTER
Prof. u. Vorstand d. Klinik für Halskrankh. an der Universität in **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität in **Breslau**

Dr. WEBER-LIEL
Prof. f. Ohrenheilk. u. Vorstand d. Ohrenklinik an der Universität in **Jena**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XIX. **Berlin, März 1885.** **No. 3.**

I. Originalien.

Ueber den Einfluss der Nerven auf die Secretion der Nasenschleimhaut.

Von

Dr. **Aschenbrandt** (Würzburg).

Czermak hatte 1860 ein dem Bozzini'schen Lichthalter ähnliches Instrument construirt und mit diesem in Analogie mit seinen laryngoscopischen Untersuchungen sich auch in den rhinoscopischen versucht. Leider gab er aber letztere Untersuchungen bald auf und ebensowenig fanden dieselben bei seinen Schülern und Nachfolgern die genügende Beachtung. Deshalb konnte noch im Jahre 1876 sich Braune dahin äussern, dass kein Theil des menschlichen Körpers seltener in den Bereich anatomischer und pathologischer Untersuchung gezogen werde als die Nase; und unter den Organen, deren Untersuchung und Kenntniss weitaus nicht abgeschlossen sei, stehe dieselbe und ihre Nebenhöhle in erster Linie. Ihre histologischen Verhältnisse sowohl, wie ihre Functionen seien noch zu wenig aufgeklärt, selbst ihre Form und Grösse mangelten noch erschöpfender Behandlung.*) Erst neuerdings beginnt wieder eines

*) Braune, Zeitschr. f. Anatomie und Entwickelungsgesch. 1876, II, 1.

der bearbeiteteren und dem zufolge auch bekannteren Gebiete der Medicin und Chirurgie das der Nase und des Nasenrachenraumes zu werden. Eine ganze Reihe von vorzüglichen anatomischen, pathologischen und therapeutischen Werken ist in der jüngsten Zeit darüber veröffentlicht worden. Ueber die Art und Weise der Absonderungsvorgänge der Schleimhäute in der Nase, über den Einfluss der Nerven auf diese Vorgänge dagegen wissen wir immer nur noch Weniges.

Die Secretionsvorgänge im Larynx, letzterer als ein Theil der Luftwege, erfuhren eine vorläufige Bearbeitung von Rossbach und mir*) und später von Rossbach allein in eingehender Weise**); die Bearbeitung der Secretionsvorgänge der Nasenschleimhaut aber unterliess er aus mehreren von ihm angeführten Gründen.

In der Einleitung seiner Arbeit spricht Rossbach sich dahin aus, dass eigentliche Untersuchungen über die physiologische und pathologische Schleimbildung **der Luftwege im Allgemeinen,** über den Einfluss des Nervensystems und der Blutdurchströmung, über die Veränderungen in der Ausscheidung bei Einwirkung verschiedener Arzneimittel und Heilmethoden so gut wie gar nicht vorgelegen haben.

Ein Gleiches gilt, wie schon oben bemerkt, zum Theil auch von der Nase, und nur zwei Forschern, Heidenhain***) und Prevost†), verdanken wir experimentelle Arbeiten über den Einfluss der Nerven auf die Secretion der Nasenschleimhaut. Ersterer zieht aber von den einschlägigen Nerven nur den Trigeminus in den Kreis seiner Experimente, letzterer lässt denselben aber ganz ausser Betracht und berücksichtigt nur den Sympathicus und das Ganglion sphenopalatinum.

Diese Thatsachen und der Wunsch zu eruiren, in wie ferne Rossbach's Untersuchungen der Trachealschleimhaut und deren Ergebnisse auch für die Nasenschleimhaut gelten und von Belang seien, veranlassten mich, die Secretionsvorgänge der Nasenschleimhaut von Neuem in Arbeit zu nehmen und sie zu einem weiteren Abschlusse zu bringen.

Aeltere Anschauungen über die Absonderungsvorgänge der Schleimhaut.

Die Auffassung der Alten von dem Schleim bespricht Rossbach††) und Zuckerkandl†††); welche Ansichten aber gerade zu Anfang dieses

*) Siehe Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Schleimsecretion in den Luftwegen. Vorläufige Mittheilung von M. J. Rossbach u. Th. Aschenbrandt. Monatsschrift f. Ohren-, sowie Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Luftröhrenkrankheiten. No. 7, 1881.

**) Ueber die Schleimbildung und die Behandlung der Schleimhauterkrankungen in den Luftwegen von M. J. Rossbach. Festschrift zur Feier des 300jähr. Bestehens der Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg. 1882.

***) Ueber die acinösen Drüsen der Schleimhäute, insbesondere der Nasenschleimhaut. Inaug.-Dissert. Von A. Heidenhain. Breslau, 1870.

†) Archiv der Physiologie. I. S. 215.

††) Rossbach a. a. O.

†††) Zuckerkandl, Ueber die normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänger.

Jahrhunderts über denselben und den Vorgängen bei der Absonderung gang und gebe waren, darüber sind die Angaben schon unsicherer.

Weinhold*) giebt in einer für unsere Anschauung ziemlich unverständlichen Arbeit an, dass der Schleim der Nase sich von anderem Schleim, der weiss, durchsichtig und farblos sei, dadurch unterscheide, dass er auch im gesunden Zustande zäher, dicklicher, undurchsichtiger und bei manchem Menschen etwas gelblicher sei; derselbe bestehe aus thierischem Faserstoff und Wasser. Die Schleimcrypten, die ihn absondern, gleichen nach seinen Untersuchungen „kleinen Polypen, die mit eigenem Leben in ihren Höhlchen durch sehr feine Punkte, die jedoch bei Catarrhalischen microscopisch darzustellen sind, ihn als Secret abgeben. Dieses geschieht aber durch Oeffnung und Verschliessung der Follikel, die vermöge des Nerveneinflusses schnell in grösserer oder geringerer Quantität vor sich geht.“ Die Entstehung des Schleimes bringt Weinhold in Verbindung mit der Verdauung. Albumen und Kleber gäben viel Faserstoff und dieser bilde die Grundlage des Schleimes. Nach Fourcroy und Vauquelin unterscheidet er sich in seinem Verhalten vor allen anderen thierischen Säften; abgesondert ist er ziemlich flüssig, an der Atmosphäre aber saugt er schnell Sauerstoff ein und wird dicker.

Deschamp sieht in dem Geruchssinn gleichsam eine Schildwache, die vor dem Eingang in die Athmungsorgane schädliche Stoffe abhält. Die Gefässnerven der Nasenschleimhaut, welche nach ihm der Schleimabsonderung vorstehen, stammen als gangliöse Nerven aus dem Plexus caroticus. „Jene Nasennerven, der Olfactorius ausgenommen, verhalten sich wie wahre Haut- oder Gefühlsnerven; sie sind die galvanischen Conductoren oder Platten, die durch ihren Einfluss auf die Schleimhaut jedesmal die Quantität oder Qualität der abzusondernden Feuchtigkeit bestimmen.“

Nach Reil können „die Nerven der Nasenschleimhaut bald als Conductoren, bald isolirt erscheinen. Ein heftiges Niesen, das Thränen der Augen, die Verwandlung der Stimme lassen den grossen galvanischen Process, die Ausladungen von Lebensprincip durch dieses Gangliensystem auf die Nerven der Gesichtsschleimhaut nicht verkennen.“

Galini und nach ihm Fourcroy wollen beobachtet haben, dass der Schleim, welcher im Anfang eines Catarrhs aus der Nase fliesst, sich von dem beim Ende desselben entleerten durch seinen grösseren Sauerstoffgehalt unterscheidet.

Durch diesen Befund veranlasst, nahmen nun viele Aerzte der damaligen Zeit an, dass jetzt das Grundprincip der Catarrhe gefunden sei; der verhaltene Sauerstoff nämlich sei schuld daran. Nach Weinhold jedoch ist der Catarrh kein örtlicher Affect, sondern ein Ergriffensein des ganzen äusseren Hautsystems.

Weikard theilt diese Auffassung nicht ganz, sondern glaubt, dass flüchtige Stoffe der Atmosphäre durch die Haut dringen, und diese die Catarrhe bewirken. Er vertritt also schon die Ansicht des Contagiösen,

*) Ideen über die abnormen Metamorphosen der Highmorshöhle mit einigen vorangehenden physiologischen Betrachtungen der Facialparthie im Allgemeinen. Leipzig, 1810.

der Infection. In Folge dessen suchte man nun nach diesem Contagium und Laubender will als Erster sich den Schnupfen dadurch inoculirt haben, dass er seine Nase an der eines mit Schnupfen behafteten Kindes gerieben habe.

Die Annahme also, dass ein Catarrh die Folge einer Infection sei, ist demnach schon eine alte, ebenso, dass derselbe lediglich die Folge einer Erkältung allein sein kann. In neuester Zeit spricht unter Anderen Bresgen*) seine Ansicht dahin aus, „dass beide, Erkältung und Infection, zugleich verantwortlich dafür gemacht werden müssten, dass eine sogen. Erkältung an sich immer noch nicht zu einer Erkrankung führt, dass es vielmehr infectiöse Stoffe sind, welche erst durch jene zur Entwickelung gelangen können und dass von deren Menge die Intensität der Erkrankung abhängt."

Auch die Ansicht, electrische Reize steigerten die Absonderung der Schleimhäute, ist bei oben citirten Autoren vertreten; falsch wie vieles Andere ist jedoch die Annahme, dass der Glossopharyng. die Schleimhaut der Nase innervire.

Hinlängliche Vorversuche hatten mir die Ueberzeugung gegeben, dass die Schwierigkeiten, von welchen Rossbach spricht, sich überwinden lassen, dass die in Betracht zu ziehenden Nerven zugänglich sind, dass ein Zufluss des Speichels von der Mundhöhle aus vermieden werden kann und dass endlich die Thiere die Versuche fast ausnahmslos überstehen.

Einleitende Operationsmethode.

Das Versuchsthier wird mit dem Bauch möglichst gestreckt auf das Brett gefesselt; ein Assistent fixirt den Kopf (bei einem Kaninchen erlaubt der bekannte Kopfhalter ohne alle Assistenz zu arbeiten), und mit einem Längsschnitt durchschneidet man die Haut des Nasenrückens bis auf den Knochen. Ein anderer Schnitt wird sodann über den halben Margo infraorbitalis geführt; dadurch entsteht ein dreieckiger Hautlappen, dessen Spitze dicht neben dem inneren Augenwinkel, dessen Basis aber auf dem Oberkieferknochen liegt. Mit einem Meissel wird ein Nasenbein unter möglichster Schonung der Schleimhaut entfernt, von dem Oberkieferknochen und der unteren Muschel eventuell noch ein Stück mit fortgenommen. Hierauf legt man das Hautstück über die Nasenhöhle zurück, näht dasselbe an und in ca. vierzehn Tagen erfolgt die Heilung. Nach dieser Zeit ist an dem Thiere nichts mehr zu sehen als die Narbe und ein Eingesunkensein der einen Nasenhälfte (wurden beide Nasenbeine entfernt, der ganzen Nase).

Ich möchte aber darauf aufmerksam machen, dass man mit dem Meissel oben in der Nähe der Stirnbeine ja vorsichtig verfährt. Mir sind im Anfange einige Thiere während der Operation zu Grunde gegangen, und als Todesursache liess sich nur eine Gehirnerschütterung annehmen, während die Operationen an der Basis cranii verhältnissmässig viel leichter

*) a) Bresgen, Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen-, Mund-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg; b) Fränkel; c) Beverley, Robinson, A practical treatise on nasocatarrh. New-York 1880.

ertragen werden. Wird dann das Thier nach vollständiger Heilung wieder aufgespannt, die Haut und der knorpelige Theil der Nase durch den Galvanocauter durchtrennt, so sieht man einerseits die vordere Hälfte der Nasenscheidewand in grösserer oder geringerer Ausdehnung und andererseits ein entsprechendes Stück der Muschel, resp. durch geringen Zug und Aufheben derselben liegt ein Theil der Nasengänge fast frei und man gewinnt genügenden Raum zur Besichtigung.

Beim Beobachten der frei gelegten Schleimhaut sieht man nun eine fortwährende reichliche, wässerige Secretion der Schleimhaut, genau so wie dies von Rossbach bei seinen Versuchen über die Schleimsecretion in der Trachea beobachtet wurde. Bei einem vorsichtigen Auftupfen des Schleimes mit Fliesspapier oder Watte reagirte die Schleimhaut insofern, als sich eine vermehrte Secretion wahrnehmen liess, andererseits aber sah man auch durch die Lupe, dass sich die Gefässe durch die mechanische Berührung vergrösserten. Etwaigem Eindringen von Speichel aus dem Kehlkopfe in die Nasenhöhle kann man durch das Eindrücken eines kleinen Schwammes in den hinteren Theil der Nase entgegenwirken. Die Thränensecretion ist eine so minimale, dass sie nicht weiter in Betracht zu ziehen ist. Je nach Umständen ist die Tracheotomie selbstverständlich vorauszuschicken.

Der Versuch, die Menge des physiologisch abgesonderten Schleimes zu bestimmen, führte zu keinem gewünschten Resultate. Ich möchte mich aber dahin aussprechen, dass die Absonderung der Nasenschleimhaut schon naturgemäss eine reichlichere ist als die der Trachealschleimhaut. Dieses entspricht auch dem anatomischen Befunde, dass die Drüsen der Schleimhaut der Nase zahlreicher und voluminöser sind als die der Luftröhre; auch die Blutgefässe sind weit mächtiger.

Histologie und Anatomie der Nasenschleimhaut.

Nach den neueren Anatomen sind die Drüsen der Regio olfactoria (nach v. Kölliker Bowman'sche) in Form und Inhalt verschieden von denen der Regio respiratoria (der Schneider'schen Membran). Heidenhain*) theilt dieselben in Glandulae serosae, die ein klares, fadenziehendes, wässeriges und kein schleimiges Secret liefern, und in Glandulae muciparae ein.

Ernährt wird die Schleimhaut der unteren Nasengegend hauptsächlich durch einen Ast der Art. maxillaris intern., die Art. sphenopalatina. Der venöse Abfluss wird nach Krause beim Kaninchen durch den Plexus pterygoideus bewerkstelligt.

Nach Ed. Simon**) bilden die Lymphgefässe an der Nasenscheidewand ein oberflächliches Netz mit dichten, unregelmässigen Maschen; dieselben stehen um so dichter, je mehr sie sich der Lamina cribrosa nähern. Nach Sappey sind die Lymphgefässe an den empfindlichsten Stellen auch am oberflächlichsten und zahlreichsten. Von den oberflächlichen Netzen gehen grössere, weniger dicht anastomosirende Gefässe in die Tiefe der Schleimhaut und vereinigen sich wieder zu Aesten, welche in den Seitenwänden der Nasenscheidewand verlaufen. Die Lymphgefässe

*) Heidenhain a. a. O.
**) Gaz. de Paris 1860, 11, S. 159.

der Muscheln verlaufen mehr schief nach unten und hinten. Ihre Vereinigung findet zwischen dem hinteren Ende der Muscheln und der Mündung der Tuba Eustachii statt, wo sie wieder besondere Lymphdrüsen bilden.

Die Thatsache, dass die Lage der Lymphgefässe eine so oberflächliche ist, dass ihre feinsten Oeffnungen direct in dem Epithel zu finden sind, dürfte im Hinblick auf die Application von Arzneimitteln, besonders aber in Beziehung auf die Resorption derselben von grösster Bedeutung sein. Sodann stehen die Lymphbahnen durch den In- und Exspirationsstrom der Luft, welcher bei dieser ihrer oberflächlichen Lage ebenfalls nicht ohne Einfluss sein kann, unter einem erhöhteren Druck. Auch dürfte dieser das Resorptionsvermögen der Schleimhaut beträchtlich steigern.

In neuester Zeit haben Voltolini*), Steinbrügge und Hack Veranlassung genommen, auf die Wichtigkeit der cavernösen Schleimhautstructur der Nase bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen besonders der Psycho-Pathologie aufmerksam zu machen.

Voltolini**) sah bei einem Kranken mit gesunden Nasenmuscheln aber gespaltenem Gaumen nach Berührung mit einem gestielten Schwamme die Hinterenden der Muscheln blauroth werden und bis zu einer förmlichen Erection anschwellen. Die Schwellung kann so mächtig werden, dass sie einen Polypen vortäuschen kann und einen völligen Verschluss des Nasenlumens zur Folge hat.

Nach Steinbrügge***), welcher die Gefässe im Gegensatze zu Voltolini, der sie für Blutgefässe ansieht, für Lymphbahnen anspricht, „kann man eine Verbindung derselben mit Blutgefässen nicht nachweisen, während viele derselben in einen helleren, zuweilen spaltartigen Raum des Periostes münden. Im Zusammenhange damit sehe man innerhalb der Weichtheile namentlich in der Umgebung der Venen Spalten, welche sich auch in das Drüsengewebe und die dasselbe umgebenden Bindegewebsfaserzüge fortsetzten. Auch die Zartheit der Wandung, sowie der Umstand, dass Verf. in den, in den Geschwülsten enthaltenen Knochen dieselben Gefässe etwas erweitert, aber leer, wieder fand, während die Bluträume in der nächsten Umgebung strotzend voll von Blutkörperchen erschienen, bestimmten denselben, sie nicht als Blutgefässe anzusehen."

Chemie des Nasenschleimes.

a) des physiologischen.

Sowohl der Schleim von Gesunden als auch von catarrhalisch Afficirten wurde schon chemisch analysirt. Derselbe ist ein klares, fadenziehendes Secret, das in seinem Aussehen die grösste Aehnlichkeit mit dem Submaxillarspeichel hat; „Schleimpatzen schwimmen einzeln auf ihm herum, die grösstentheils aus Cylinder- und Pflasterepithel bestehen; es finden sich aber auch mehr oder weniger runde oder längliche Körperchen mit granulirtem Aussehen vor; dies sind die Schleimkörperchen."

*) Voltolini, Die Rhinoscopie und Pharyngoscopie. 2. Aufl.
**) Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1877, No. 4.
***) Ueber die histologische Beschaffenheit der unteren Nasenmuscheln, sowie die von ihnen entspringenden teleangiectatischen Fibrome. Zeitschrift für Ohrenheilkunde. VIII. Bd., 2. Heft.

Je nach dem Stadium des Catarrhes ist der Schleim von verschiedener Consistenz, ändert sein Aussehen und seinen Gehalt an Epithel und Schleimzellen.

Berzelius untersuchte den Nasenschleim und fand:

Wasser	93,4,
Feste Bestandtheile . .	5,3,

letztere waren zusammengesetzt aus Schleimstoff, Spuren von Eiweiss, Fett, Kochsalz und verschiedenen Säuren.

Simon's Analyse ergab:

Wasser	88,0,
Feste Theile	12,0.

b) des pathologischen.

Wright untersuchte den catarrhalischen Schleim der Luftwege (es wird nicht specieller angegeben, von welchem Organ) und fand:

Wasser	95,6,
Schleimstoff	3,2,
Eiweiss	0,4,
Salze	0,5.

Meine Untersuchung des catarrhalischen Nasenschleimes sowohl des Menschen wie des Kaninchens und der Katze, den ich durch Reizung der Nasenschleimhaut mit Sublimat erlangt hatte, nahm ich in dem hiesigen physiologisch-chemischen Laboratorium mit freundlicher Unterstützung des Herrn Dr. Kruckenberg vor und sie ergab:

Specif. Gew. 1001—1002, Spuren von Eiweiss, keinen Zucker, reichlicheren Kochsalzgehalt, geringere Mengen von Schleimstoff, keine Spur von Sublimat.

Die Secretionsvorgänge des Nasenschleimes.

Nachdem das Thier, wie oben angegeben, präparirt war, unternahm ich die Reizung des Sympathicus ober- und unterhalb des Ganglion cervicale supremum. Die Ergebnisse waren aber durchaus negative; es trat weder eine wahrnehmbare Gefässerweiterung noch vermehrte Absonderung ein. Meine Befunde stehen im Einklange mit Prevorst's Angabe, der einen „Congestivzustand der Nasenschleimhaut nach Reizung des Halssymp. nicht zu erzielen vermochte". Auch Nothnagel hat gefunden, dass die vasomotorischen Nerven der Hirnhaut nicht ausschliesslich aus dem Sympathicus stammen, dass auch die Hirnnerven, welche mit dem Plex. carotic. Verbindungen eingehen, nach electrischer Reizung Congestivzustände derselben bewirken. Zu ähnlichen Beobachtungen kommt auch Schiff, der gefunden hat, dass die Gefässe der Zunge nach Durchschneidung des Nerv. ling. und hypopl. sich erweitern und eine deutlichere Röthung der entsprechenden Zungenhälfte nach sich ziehen. Ebenso konnte Moreau, wenn er den Halssympathicus durchschnitten hatte und nur eine geringe Erweiterung der Art. temp. eintrat, eine beträchlichere Injection der Ohrgefässe erzielen, wenn er dann den Nerv. auric. durchschnitt. Nach ihm werden die Gefässe in der Umgebung des Gehörganges weiter, wenn der

Sympathicus durchschnitten ist, die Gefässe aber an der Spitze des Ohres nach Durchschneidung des Nerv. auricul.*)

Ich glaube deshalb aus meinen zahlreichen Versuchen im Einklange mit jenen Forschern schliessen zu dürfen, dass das Gangl. cervic. supr. weder von vaso-dilatatorischer, noch von trophischer Bedeutung für die Nasenschleimhaut ist. Ebenso fand auch Rossbach und ich, dass sowohl nach Reizung, als Durchschneidung des Halstheiles des Sympathicus kein Congestivzustand der Gefässe der Trachealschleimhaut eintritt.

Reizung des Ganglion spheno-palatinum.

Dieselbe wurde zuerst ausgeführt von Prevorst**). Heidenhain giebt an, es sei ihm bei seinen Versuchen niemals gelungen, dasselbe so frei zu legen, dass er es habe isolirt reizen können. Obschon ich mir die Schwierigkeiten nicht verhehlt habe, so versuchte ich es doch und werde unten bei Besprechung des Nerv. trigeminus die zum Ziele führende Operationsmethode und die Lage des Ganglion bei der Katze angeben.

Nach electrischer Reizung des Ganglion wird das cavernöse Geflecht an der unteren Muschel viel voluminöser; aber auch an dem Septum ist die Gefässerweiterung eine ausgesprochenere. Dies lässt sich dann um so mehr beurtheilen, wenn die andere Nasenhöhle mit präparirt ist und so zum Vergleich dienen kann. Die Entzündung beginnt mit allmählig hyperämischer Schwellung der Schleimhaut, die dann nach und nach eine vermehrtere Exsudation eines anfangs schleimigen Exsudates zur Folge hat; später aber nimmt sie einen mehr schleimig-eitrigen Character an. Die alcalische Reaction desselben wird allmählig schwächer; microscopisch zeigt dasselbe mehr oder minder unvollständig entwickelte Epithelzellen. Die Gefässe erscheinen geschlängelt und verdickt; die ganze Schleimhaut bietet das Bild einer sammtartigen Auflockerung dar.

Der nach Reizung des Ganglion erhaltene Schleim hatte die grösste Aehnlichkeit mit dem Submaxillarspeichel; er unterscheidet sich von dem Secrete, das man durch electrische Reizung des Trigeminus erhält, dadurch, dass er schon beim Entstehen zähe und opalescirend ist.

Reizung des Trigeminus.

Die Abhängigkeit der Secretion der Glandulae serosae vom zweiten Aste des Trigeminus ist namentlich durch Heidenhain***) bekannt geworden. Anfangs bin ich seiner Operationsmethode gefolgt, habe das Os zygomaticum entfernt u. s. w. Ich kam aber bald auf eine frühere, von mir veröffentlichte Methode zurück, die ich bei einer ähnlichen Arbeit in Anwendung gebracht hatte†). Medianwärts und nach hinten von der Bulla wird eingeschnitten, die Maxill. intern. zur Seite geschoben und vorsichtig präparirend, um aus dem hier vorhandenen Venenplexus keine

*) S. übrigens: Eine neue Entdeckung in Bezug auf den Sympathicus von Morat und Dastre. (La scuola med. Neapolit. No. 11 u. 12, 1880.) Monatsschrift f. Ohrenh. 1881, S. 106.

**) l. c.

***) a. a. O.

†) s. Pflüger's Archiv, Bd. 25, 1881.

störende Blutung zu bekommen, in die Tiefe gegangen. Ist man auf diese Weise bis zur Schädelbasis vorgedrungen, so sucht man zuerst den Stamm des dritten Trigeminusastes auf. Mehr oder minder wird dabei stets der Musc. pterygoideus intern. verletzt werden und führt man den Schnitt nicht weit genug nach hinten und seitlich, so kommt man wider Willen auch in den Rachenraum. Ich habe allerdings gefunden, dass ein Oeffnen des Rachens die Operation durchaus nicht scheitern lässt; die Wunde verheilt wieder sehr rasch und ohne Nachtheil.

Ueber die Lage und Bedeutung dieses Venengeflechtes der Retromaxillargewebe und ihrer Umgebung hat uns Zuckerkandl*) in einem bemerkenswerthen Artikel näheren Aufschluss gegeben.

Dringt man nun vorsichtig mit dem Meissel auf den Knochen ein, so gelingt es, den zweiten Ast genau da zu treffen, wo das Foramen rotundum mit den Fissura orbitalis verschmilzt; hier lateral abwärts von der Pars sagittalis oss. palat. tritt der Nerv aus der Schädelbasis (Krause).

Der Nerv. spheno-palatinus zweigt sich etwas mehr nach dem Gehirn zu von dem Nerv. maxill. sup. (2. V.) ab, geht medianwärts und unter ihm liegend nach vorne zur Nasenhöhle; hier liegt das Ganglion und ist daselbst den electrischen Reizungen zugänglich.

Krause giebt an, wenn man intracraniell einem Kaninchen den Nerv. ophthalm. durchschneide und die Spitze des Neurotoms dabei ein wenig stärker nach unten drücke, dass dann auch der Nerv. maxill. super. getroffen werde. Da nun der Nerv. spheno-palatinus medianwärts und etwas unter demselben liegt, so glaubte ich, hierdurch den Nerven ohne blutige Operation intracraniell durchschneiden und mir obiges sehr mühsame Verfahren ersparen zu können. Die Kaninchen gingen aber sämmtlich zu Grunde, und bei der Katze ist schon wegen der harten Schädelknochen die intracranielle Durchschneidung des Trigeminus unmöglich.

Ist der Nerv. maxill. freigelegt (wir befinden uns in nächster Nähe des Gangl. Gasseri), so bietet die Reizung desselben, die des Nerv. spheno-palat. und des Ganglion, keine Schwierigkeiten mehr. Beabsichtigt man nur den Nerven zu durchschneiden, so kann man von einer Tracheotomie absehen, im anderen Falle aber ist letztere vortheilhaft. Mir gelang es wiederholt, tracheotomirte Katzen und Hunde durchzubringen. Kaninchen eignen sich bekanntermaassen dazu nicht. Wird dann der Nerv electrisch gereizt, so tritt eine vermehrte Absonderung eines klaren, durchaus nicht fadenziehenden Schleimes ein, der sich schon dadurch macroscopisch von dem Submaxillarspeichel und von dem Schleim, den man durch Reizung des Ganglion erhält, unterscheidet. Um das rasche Abtrocknen des Nerven und das öftere Zerren zu verhindern, thut man gut, ihn in ein Stückchen Fliesspapier zu hüllen, das mit einer 0,6 prctg. Kochsalzlösung getränkt ist. Die angewandten Ströme waren schwach, dauerten nur kurze Zeit und lösten, je mehr sie verstärkt wurden und länger andauerten, ausser einer Hyperämie eine vermehrte Secretion aus. Dieselben Wahrnehmungen aber, wie sie an den Speicheldrüsen gemacht sind, registrire ich auch: es tritt

*) Ueber die Venen der Retromaxillargewebe und ihre Beziehungen zu dem Gehörorgane. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1876, pag. 49.

schliesslich nach zu lange dauernder und zu starker Reizung ein Versiechen der Secretion ein.

In ähnlicher Weise ist auch Kirchner*) hinsichtlich der Secretions- und Circulationsverhältnisse der Paukenhöhle bei seinen Versuchen zu dem Resultate gelangt, dass bei einer Reizung am Stamme des dritten Trigeminusastes dicht an der Schädelbasis stärkere Gefässbildung der Paukenhöhlenschleimhaut und vermehrte Schleimsecretion derselben auftritt. Derselbe nimmt an, dass jedenfalls vermittelst des Gangl. oticum sowohl vasomotorische als auch trophische Fasern zur Schleimhaut der Paukenhöhle geführt werden, welche die Ernährungs- und Secretionsverhältnisse der Paukenhöhle beeinflussen.

Resecirt man die Nerven, oder reisst dieselben heraus und tödtet dann das Thier nach einigen Wochen, so findet man nach Trigeminus-Verletzungen eine mehr missfarbige, firnissartige, hyperplastische Schleimhaut mit deutlicher Verdickung und Wulstung, während die Gefässe mehr und mehr verschwunden sind. Die Exstirpation des Ganglion spheno-palatinum dagegen bewirkt nur einen Congestivzustand der Schleimhaut. Dieselbe zeigt uns die Nasenschleimhaut im Entstehen eines sog. trockenen Catarrhes. Die Exstirpation des Halstheiles des Sympath. ist aber sowohl für die Structur der Schleimhaut, auf die Absonderung und den Gefässtonus vollständig ohne jedweden Einfluss**).

Die Beobachtungen von Gellé, Hagen, Kirchner, dass nach Verletzung der Wurzeln und des Stammes des Trigeminus Entzündungs-Erscheinungen der Paukenhöhle eintreten, während Berthold***) den Trigeminusverletzungen diesen Einfluss auf das Ohr abspricht, würden demnach auch für die Nasenschleimhaut zutreffen, und auch hier würden nach den Ergebnissen meiner Versuche trophische Trigeminusfasern anzunehmen sein. Bei meinen Versuchen zeigte sich in der Nasenhöhle, welche der Trigiminusverletzung entsprach, lebhaftere Röthung und stärkere Schleimabsonderung als auf der nicht operirten Seite. Zu Geschwürbildung kam es jedoch nicht.

Vergleiche ich nun zum Schlusse der Arbeit die Ergebnisse, von denen man a priori annehmen dürfte, dass sie schon aus teleologischen und physiologischen Gründen im Allgemeinen zu demselben Resultate wie die Untersuchungen Rossbach's über die Secretionsverhältnisse der Trachealschleimhaut führen müssten, so ergeben sich dennoch einige näher hervorzuhebende Unterschiede.

Rossbach und ich†) haben gefunden, „dass von den Nervencentren entweder gar keine oder nur höchst minimale secretorische Reize zu den Schleimdrüsen des Kehlkopfes und der

---

*) Festschrift zur Feier des 300jähr. Bestehens der Julius-Maximilians-Universität Würzburg 1882. Ueber die Einwirkung des N. trig. auf das Gehörorgan.

**) S. übrigens: Ueber die Experimente der intracraniellen Trigeminus-Durchschneidung in ihrer Beziehung zur Genese von Mittelohraffectionen. Von Weber-Liel. Monatschr. für Ohrenheilk., 1879, S. 129.

***) Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. X, 1881, XII. Jahrg., 2. u. 3. Heft.

†) A. a. O.

Trachea gelangen, dass ferner die Schleimsecretion in den genannten Theilen auch nach vollständiger Ausschliessung aller etwaigen von aussen kommenden nervösen Einflüsse ungestört weiter fortgehen kann. Es müssten entweder periphere, in der Schleimhaut selbst gelegene, die Secretion anregende Nervencentralstellen angenommen und der Schleimhaut der Luftwege in gewisser Beziehung eine ähnliche selbstständige Stellung zuerkannt werden, wie dem Herzen, Darm, Uterus u. s. w., oder es könnten die acinösen Schleimdrüsen **der ersten Luftwege** überhaupt ohne nervöse Beeinflussung secretorisch thätig sein."

Bei der Nasenschleimhaut ist der Nerv. trigeminus und zwar der Ram. **spheno-palatinus** derjenige Nerv, welcher die Schleimabsonderung auslöst, und zwar kann dieses nur durch die feinsten Endästchen desselben geschehen, die direct in den Schleimdrüsen enden.

Wird der Trigeminus resecirt, so fällt sein peripherer Stumpf der Verfettung anheim und die Schleimhaut degenerirt; die Secretion der serösen Drüsen wird zu einer verminderten.

Die Absonderung der Trachealschleimhaut aber geht, wie oben angegeben, unabhängig von centralen Nerven von statten. Rossbach*) glaubt deshalb annehmen zu müssen: „dass die einmal abgesonderte Schleimschicht durch Abhaltung der gewöhnlichen Reize der Luft, des Staubes, eine weitere Schleimsecretion zu inhibiren und zu verlangsamen vermöge, dass die Drüsen nur ausschliesslich von Zeit zu Zeit secerniren und dass, wenn die bedeckende Feuchtigkeit durch Verdunsten hinlänglich abgenommen habe, dann wieder durch reflectorischen Reiz von aussen her eine weitere Secretion stattfinde. Es sei ferner anzunehmen, dass auch die Absonderung des Schleimes in der Kehlkopf- und Trachealschleimhaut nicht immer in gleicher Menge vor sich gehe, da sonst die Schleimmenge zu zähe würde, dass vielmehr durch Nachschub eines wässerigen alcalischen Secretes das einmal abgesonderte Mucin der Trachealschleimhaut immer in Löslichkeit erhalten bliebe."

Die serösen Drüsen der Nasenschleimhaut stehen dagegen unter einem analogen Nerveneinfluss wie die Speicheldrüsen.

Sodann mache ich darauf aufmerksam, dass die physiologische Absonderung der Nasenschleimhaut der Fleischfresser stets eine reichlichere ist, als die der Pflanzenfresser. Ob dieses von Einfluss auf die Intensität der Geruchsperception ist, darüber lässt sich nichts Bestimmtes aussagen**).

Dagegen erscheint die Menge des abgesonderten Schleimes sowohl in der Nase wie in der Trachea bestimmt beeinflusst von der grösseren oder geringeren Menge des die Schleimhaut durchströmenden Blutes.

Die Meissner'sche Anschauung, welche bekanntlich im ersten Aste des Nerv. trigeminus trophische Fasern für das Auge annimmt und die von verschiedener Seite auch für die Paukenhöhle dem zweiten Aste eine gleiche Bedeutung zuschreibt, **glaube**

*) A. a. O., S. 21.
**) S. Heidenhain a. a. O.

ich nach dem Ergebnisse meiner Untersuchungen für die Nasenhöhle ebenfalls annehmen zu müssen.

Mit vorstehender Arbeit, welche durch Rossbach's Untersuchungen angeregt wurde, hoffe ich, den Absonderungsvorgängen der Nasenschleimhaut als eines Theiles der Respirationsschleimhäute näher getreten zu sein. Die catarrhalischen Vorgänge derselben, welche nach den in neuerer Zeit so beliebten Sublimatausspülungen eintreten, werde ich demnächst weiter besprechen.

Zum Schlusse spreche ich dem Vorstande des physiologischen Institutes der hiesigen Universität, Herrn Prof. Fick, für sein mir bewiesenes Interesse und freundliches Entgegenkommen meinen herzlichen Dank aus.

Pityriasis versicolor im äusseren Gehörgange.

Von

Dr. **W. Kirchner,** Docent der Ohrenheilkunde in Würzburg.

Die Pityriasis versicolor, bekanntlich eine parasitäre Hautkrankheit, welche durch den Pilz Microsporon furfur (Eichstedt) erzeugt wird, breitet sich am häufigsten an der Brust und am Halse aus. Jedoch kann auch eine Uebertragung derselben in den äusseren Gehörgang stattfinden, wo sich dann die Pilze weiter ausbreiten und lästiges Jucken verursachen. Da die Erscheinungen dieser Pilzkrankheit im Ohre nicht so deutlich in die Augen springen, wie dies bei den Aspergillusarten, den Schimmelpilzen, der Fall ist, so kann dieses Leiden im Gehörgange leicht übersehen werden.

Während bei den ersteren grosse Epithelmassen von der Form eines Handschuhfingers, welche gleichsam einen Abguss des Gehörganges darstellen, durch Ausspritzungen oder mit der Pincette sich entfernen lassen, findet man bei der Pityriasis versicolor nur bräunlich-gelbe Flecken, welche man auch für Pigmentflecken halten kann, und kleienartige Schüppchen im Gehörgange.

Der Fall, dessen ich hier Erwähnung thun möchte, betraf einen jungen, sonst gesunden Eisenbahnarbeiter von 20 Jahren, der von meinem Collegen, Herrn Dr. Mich. Wolf, auch wegen einer über Hals und Brust ausgebreiteten Pityriasis versicolor längere Zeit hindurch behandelt wurde. Später klagte Patient auch, wie mir Herr Dr. Wolf mittheilte, über starkes Jucken im Ohre, dagegen fehlten Schmerzen, Sausen, Schwerhörigkeit. Bei genauer Untersuchung des Ohres zeigten sich im Gehörgange die erwähnten gelblich-braunen Flecken und eine mässige Abschuppung, wie Kleie, von ganz derselben Beschaffenheit, wie an den übrigen von der Krankheit betroffenen Hautstellen.

Bei der microscopischen Untersuchung dieser Epidermislamellen konnte man die für Pityriasis characteristischen Gonidienhaufen, sowie ein verzweigtes Mycelium, welches diese Haufen untereinander verbindet, und von dem selbst wieder Gonidien hervorsprossen, deutlich nachweisen. (Kaposi, Hautkrankheiten, pag. 747.)

Die Uebertragung der Pilze von der Hals- und Brustgegend in den

Gehörgang, dessen Cutis sich jedenfalls auch schon vorher nicht in normalem Zustande befand, geschah hier wahrscheinlich durch die Fingernägel, mit denen zuerst am Halse und an der Brust und dann wieder im Ohre zur Beseitigung des lästigen Juckens gekratzt wurde.

Therapeutisch wurden Einpinselungen in den Gehörgang von Ol. cadin. und Spirit. vini zu gleichen Theilen wöchentlich 2—3 Mal vorgenommen, worauf nach etwa 3 Wochen vollkommene Heilung erfolgte und auch das lästige Jucken im Gehörgange sich verlor.

Da bekanntlich starkes Jucken mit leichter Schuppenbildung im Gehörgange ziemlich häufig bei sonst ganz normalen Gehörorganen beobachtet wird, so sollte man in solchen Fällen, die eine derartige Ursache vermuthen lassen, auch nach dem etwaigen Vorhandensein einer schuppenartigen Hauterkrankung an anderen Körperstellen forschen, und ich möchte daher, da in den grösseren Lehrbüchern der Ohrenheilkunde diese wenn auch leichte Affection des äusseren Gehörganges nicht berücksichtigt ist, darauf hinweisen, dass, abgesehen von der Anamnese, auch durch die microscopische Untersuchung diese Pilzkrankheit, welche wahrscheinlich selten im Ohre vorkommt, ebenso leicht wie die Aspergillusbildung zu erkennen ist.

Erwähnt sei hier auch noch, dass bei einer anderen Hautkrankheit, Psoriasis, welche bis jetzt nicht als parasitär angenommen wird, die für diese Krankheit characteristischen Plaques im äusseren Gehörgange gleichfalls vorkommen. Ich habe solche kleine Flecken, die sich dann rasch vergrössern, mit Herrn Dr. Wolf in der vorderen Parthie des Gehörganges und auch unmittelbar über dem kurzem Fortsatze des Hammers gesehen. Diese Hautaffection, welche wegen des starken Juckens die Patienten zu heftigem Kratzen mit Ohrlöffeln und anderen Gegenständen veranlasst, führt auch bei längerem Bestehen wiederholt zu sehr schmerzhaften furunkulösen Abscessen im äusseren Gehörgange.

Mit dem oben erwähnten verdünnten Theerpräparate kommt man auch bei der Psoriasis im Gehörgange zum Ziele.

Zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Keller in Cöln:

„Eine Verbesserung der Voltolini'schen Tauchbatterie"

in No. 1, 1885 dieser Monatsschrift.

Von

Prof. Dr. **Voltolini.**

Es ist sehr lobenswerth, wenn in diesen Blättern Fehler und Irrthümer zur Sprache gebracht werden, welche unsere Specialität betreffen, selbst wenn sie einen der Mitarbeiter angehen — ich wenigstens nehme eine Rectification meiner Anschauungen sehr gern an. Es wird durch Für- und Gegenrede die Wahrheit auf solche Weise an das Licht gebracht. Zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Keller habe ich nun Folgendes zu erwidern:

Dr. Keller hebt die Vortheile seiner Angabe betreffs Verbesserung der Voltolini'schen Tauchbatterie hervor, was ich jedoch nur als eine Veränderung, nicht aber als eine Verbesserung ansehen kann. Durch das

leichte Auseinandernehmen der Elemente und Weglassen aller Schrauben ist ja scheinbar ein Vortheil geschaffen worden, der so lange anhält, als die Batterie neu und alle Berührungsstellen noch metallblank sind, nachher wird aber gerade durch das Weglassen der Schrauben und Schaffung einer Menge neuer Berührungspunkte eine Quelle ungeahnter Verlegenheiten hervorgerufen, indem irgend ein Loch in den Messingstreifen oder ein Zapfen von den Elementen, wenn nicht jedesmal die Berührungsstellen auf das Sorgfältigste gereinigt werden, den Strom unterbrechen können und daher die Batterie unwirksam machen. Ebenso kann das als kein Vortheil angesehen werden, dass, wie aus der Beschreibung zu verstehen ist, der Rahmen offen ist, da man nichts darauf legen darf, wenn man nicht in die Gefahr kommen will, dass die Gegenstände zwischen die Elemente in, die Säure fallen oder eine Ableitung des Stromes herbeiführen können. Dann kann durch das Fortlassen der Schrauben nie eine so innige Verbindung hergestellt werden, als eben durch das Anziehen derselben. Um jeden nur irgend entbehrlichen Contact zu vermeiden, sind von dem Instrumentenmacher Brade, bei welchem bereits viele Hunderte von den Batterien angefertigt worden sind, alle Kohlen an den Messingrahmen festgelöthet worden, da es ja gar nicht nöthig ist, dieselben loszunehmen. Die Zinke sind eingeschraubt, um dieselben zum Zweck des Amalgamirens herausnehmen zu können, was jedoch erst nach langer Zeit einmal nothwendig wird. Bei den neuesten Batterien von Brade ist an dem unteren Theile des Elementenbrettes jede Verbindung ausgeschlossen worden, es kann also durch Oxydation nichts zerstört werden. Die Verbindungsstelle von den Kohlen zum Ausleiter ist verlöthet, die von den Zinken ist oberhalb des Brettes angebracht worden und ist dieses eine wesentliche Verbesserung gegen früher.

Man hat nur nach jedem Gebrauch der Batterie nöthig, das Elementenbrett in einem Reserve-Glaskasten oder Waschbecken ein paar Mal in reinem Wasser abzuspülen und ausserhalb des Kastens ablaufen zu lassen; auf diese Art kann man die Batterie Jahre lang benutzen, ohne dieselbe auseinander nehmen zu dürfen. Ohne das Entfernen oder wieder Zusetzen von Elementen kann der Strom durch einfaches Heben und Senken des Batteriedeckels, daher seichteres oder tieferes Eintauchen der Elemente, ganz nach Wunsch regulirt werden.

Während meiner Operationen lege ich ab und zu das Operations-Instrument bei Seite, und da ist mir der nächste und bequemste Ort für das Instrument die Batterie selbst. Wer nur alle 4 Wochen etwa einmal die Galvanocaustik anwendet, kann in Ruhe den Platz auswählen, um das Instrument abzulegen; wenn man aber oft Stunden lang operirt, ist der nächste Platz der beste, und dieser ist oben auf der Batterie. Was das Amalgamiren betrifft, dessentwegen Dr. Keller besonders seine Veränderung meiner Batterie vorgenommen hat, so circuliren darüber irrige Ansichten. Ich amalgamire selten oder gar nicht die Zinkelemente; sind sie endlich nach langer Zeil zerfressen, so nehme ich neue Elemente, die einfach durch die Schrauben angesetzt werden. Beim Amalgamiren bleibt nicht etwa das Quecksilber blos auf der Oberfläche des Zinkes, sondern es dringt durch und durch in das Zink ein. Amalgamirt man daher die Zinkplatten gut und fett, indem man sie wiederholt immer wieder in ganz verdünnte Schwefel-

säure eintaucht und mit Quecksilber tüchtig einreibt, so hat man gar nicht nöthig, später auf's Neue zu amalgamiren. Dies thut nun Instrumentenmacher Brade bei jeder neuen Batterie und ist daher das spätere Auseinandernehmen überflüssig. Man mache das Experiment, dass man eine Zinkplatte, wie oben angegeben, gut und fett amalgamirt und lege solche Platte in verdünnte Schwefelsäure Tag und Nacht Wochen lang, und man wird sich überzeugen, dass sich allmählig nur Blasen an der Oberfläche ansetzen, eine rasche Entwickelung aber von Wasserstoff nicht stattfindet, wenn man auch zugeben muss, dass jedesmal bei Wirkung des galvanischen Stromes die Entwickelung etwas stärker sein wird.

Es ist mir zu Ohren gekommen, dass man gesagt hat, die Batterie wäre ja gar nicht meine Erfindung. Es hat von jeher Leute gegeben, die wohl haben läuten, aber nicht anschlagen hören und die einfach Anderen nachreden, was sie gehört haben. Ich habe mich nicht mit fremden Federn schmücken wollen, sondern angegeben, wie sich die Sache verhalten hat. Tauchbatterien hat man schon lange und konnte man eine solche auf dem internationalen Congress in Genf bei Prof. Juillard sehen (1877). Diese Batterie war aber so unpractisch construirt, indem die Elemente an einem Ständer mit Gegengewicht hingen etc., dass ich wenig Lust spürte, solche Batterie zu benutzen. Darauf sah ich in Mailand bei Prof. Labus eine Tauchbatterie, deren Construction mir gefiel; nämlich eine solche, wie ich sie an meiner Batterie dann benutzte. Diese Mailänder Batterie kostete aber sehr viel (wenn ich nicht irre 50 Thaler) und, was die Hauptsache war, trotz ihres grossen Volumens und der 24 Elemente bekam man kaum oder gar nicht die Schneideschlinge zum heftigen Erglühen. Ich habe also von dieser Batterie nur den Mechanismus des Eintauchens benutzt, sie auf 8 Elemente reducirt und durch eine Combination derselben es ermöglicht, auch die Schlinge zum heftigsten Erglühen zu bringen, also auch den Porzellanbrenner. Wegen dieser Combination hat Instrumentenmacher Brade ein Patent auf meine Batterie erhalten. So ist der Sachverhalt!

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Neuere Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Acustious-Reflexe. Von Prof. Andreas Högyes in Budapest. (Orvosi hetilap, No. 4, 1885.)

In Folgendem theilt Verf. die Hauptresultate seiner bezüglich der Acusticus-Reflexe bei Hystero-Epileptischen angestellten Versuche mit. Auf wie immer geartete Töne, wenn dieselben eine längere Zeit dauern, stellen sich bei diesen Kranken hochgradige Reflex-Muskelkrämpfe ein, die schliesslich in Hypnose übergehen. Je intensiver die Töne, desto mehr Muskeln werden von den Reflex-Contracturen ergriffen. Höhere Töne verursachen raschere und intensivere Reflexstarre. Auf rhythmische Töne bewegen sich Hände und Füsse rhythmisch, sowohl bei hypnotisirten als bei wachen Kranken. Dringt der Ton blos in das eine Ohr, dann

contrahirt sich nur die eine Hälfte. Diese uni- und bilaterale Analyse der Reflexerscheinungen ist bezüglich der Erforschung und Erkenntniss der acustischen Reflexassociationen von grosser Wichtigkeit. Lässt man vor dem Ohre eines hypnotisirten oder wachen Pat. die Stimmgabel sehr leise erklingen, dann wenden sich beide Augen unwillkürlich zur Tonquelle. Von der tauben Seite werden Reflexbewegungen noch lebhafter ausgelöst, als von der gesunden, was dafür spricht, dass die Nervenbahnen der Tonempfindung von jenen der acustischen Reflexe im centralen Nervensystem gesondert und dass diese Functionen in gewissem Grade von einander unabhängig sind.

Nicht minder interessant bei diesen Kranken ist das Verhältniss zwischen der Macht des Willens und den acustischen Reflexbewegungen, denn der Pat. vermag es nicht, die gegen die tönende Stimmgabel gewendeten Bulbi trotz grösster Anstrengung abzuwenden, so lange die Gabel tönt und die Augenmuskeln nicht ermüden. Die Gabel figurirte bei diesen Versuchen als Dynamometer des Willens.

Alle Acusticus-Reflexe führt Verf. auf Uebertragungen des Reizes der Acusticus-Endigungen von den Acusticus-Nerven auf die motorischen Nervenkerne und motorischen Ganglien des Rückenmarkes zurück. Nur kommt es beim gesunden Organismus nicht zu solch' heftigen Contractionen als bei den Kranken. Die leisere, doch stete Einwirkung der acustischen Reize auf unser gesammtes Muskelsystem ist eine ununterbrochene und die Ursache jenes allgemeinen Tonus, der uns beherrscht und uns in einem labilen, bilateralen Gleichgewicht erhält.

Bei hypnotischen Kranken wird nun das bilaterale Gleichgewicht labiler, dasselbe wird schon durch die geringsten Sinneseindrücke modificirt. Die Ursache dieser Hyperlabilität erklärt Verf. hypothetisch, indem er annimmt, dass bei hypnotischen Kranken in gewissen centralen Nervenzellen durch Reflexeinwirkung übermässig lebhafte Molekularbewegungen ausgelöst werden.

Auf die Frage wo antwortet Verf. positiver; er schliesst die motorischen Apparate als des Uebels Sitz ganz aus, nicht minder den sensiblen Endapparat, also auch den Acusticus. Das Uebel kann demnach nur im Centrum liegen, und zwar in jenem aesthesodischen Theile der centralen grauen Hirnsubstanz, wo die Reflexübertragungen von statten gehen.

Lichtenberg.

Ueber Blutungen aus dem Ohre. Von Prof. Dr. Josef Gruber (Wien). (Allg. Wien. med. Ztg. 1884, No. 1. 2. 3.)

Object des Aufsatzes ist die Besprechung der „Spontan-Blutungen aus dem Ohre". Es werden nur jene Fälle berücksichtigt, die durch starken Blutverlust gefährlich werden können. Solche hat Verf. gerade bei kleinen Teleangiectasien der Ohrmuschel beobachtet, und er theilt auch einen Fall mit, bei welchem die bedenklichen Symptome nur nach radicaler Zerstörung sämmtlicher Neubildungen mitttelst Galvanocauter beseitigt wurden. Bei einem anderen Pat. musste die Carotis communis, eines an der vorderen Fläche der Ohrmuschel entstandenen Aneurysma halber, unterbunden werden. Dann erst genas der Kranke vollkommen. Othämatome, oder bösartige Neubildungen an der Muschel, geben nach Gr. nie zu profusen Blutungen Veranlassung. Bei hierhergehörigen Er-

eignissen im äusseren Gehörgang kommen nur jene in Betracht, welche durch Zerstörung der hinteren Wand des Gehörganges kleinere oder grössere Zweige der Art. auricularis poster. arrodiren.

Am häufigsten entstehen Blutungen aus dem Ohre bei Granulations-Geschwülsten und anderweitigen polypösen Neubildungen. Wenn auch die an diesen Theil des Artikels geknüpften Reflexionen offenbar nicht an die Leser der Monatsschrift gerichtet sind, enthalten sie doch so viel des Bemerkenswerthen, auch für den Fachmann, dass wir auf das Original verweisen müssen. Beherzigenswerth ist jener Rath des Verf., bei renitenten, allen Mitteln Hohn sprechenden Blutungen aus dem Ohre mittelst Weber-Liel's Catheterchen das Heilmittel direct in's Mittelohr zu spritzen, was übrigens schon Saissy auch gethan hat, natürlich nur mit Catheter.

Grosse Bedeutung muss selbstredend jenen Ohrblutungen zugeschrieben werden, welche einer Continuitätsstörung aus den in der nächsten Nachbarschaft des Gehörganges gelagerten grossen Gefässen: der Carotis interna, dem Sinus sigmoideus, dem Bulbus venae jugularis ihr Entstehen verdanken. Nach einer kurzen Recapitulation der Hessler'schen Arbeit finden wir die bemerkenswerthe Erklärung Gr.'s, dass trotz der Häufigkeit cariöser und necrotischer Zerstörungen am Schläfenbein Blutungen aus den grossen Gefässen verhältnissmässig selten sind, weil der chronische Verlauf der Eiterung nicht blos Zerstörung der nachbarlichen Knochen, sondern zugleich Hyperplasie der Gefässwandungen zur Folge habe, wodurch dieselben der Arrosion der die Gefässe umspülenden Secrete leichter widerstehen.

Hämorrhagien in die Schädelhöhle kommen nach Verf. häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen vor. Bei letzteren bahnt sich das aus den verletzten Ohrgefässen stammende Blut seinen Weg in die dem Ohre nahe gelegenen Gebilde. Die topographisch-anatomischen Verhältnisse unterstützen vorzüglich diese Annahme, welche noch durch die ausführliche Krankengeschichte eines vor kurzer Zeit beobachteten, von der Klinik des Prof. Nothnagel auf die Gruber'sche Klinik transferirten Falles passend illustrirt wird.

Die Diagnose der Eröffnung eines bestimmten, selbst grösseren Blutgefässes im Ohre ist übrigens nicht so leicht als es auf den ersten Blick scheint. Die bisherigen landläufigen Anhaltspunkte sind nach Verf. unverlässlich; bei genauer Erwägung aller zu verwerthenden Proben und Symptome ist man häufig gezwungen, dem lebenden Patienten gegenüber nur eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose zu stellen. Lichtenberg.

Labyrinthläsion; Luxation und Fractur des Steigbügels durch directe Gewalt. (Lésion du labyrinthe; luxation et fracture de l'étrier par violence directe.) Von Bürkner. (Mittheilung an die Société franç. d'Otologie etc., Apr. 1884.)

Einer bis dahin ohrgesunden 63jähr. Frau wurde eine Stricknadel durch Unglück tief in den linken Gehörgang gestossen, worauf sie unter Aufschreien zu Boden stürzte; heftiger Schwindel mit Unvermögen sich aufzurichten, Erbrechen, heftigste Schmerzen während 12 Stunden; in den ersten 2 Stunden besteht Aussickern einer Anfangs röthlichen, dann hellgelben Flüssigkeit. Cylinderuhr wird auf dem linken Ohr nicht gehört,

hohe wie tiefe Stimmgabeln nur rechts percipirt. Trommelfell zeigt im hintern obern Quadranten einen klaffenden, ca. 3 Mmtr. langen Riss, parallel dem Hammergriff; im obern Wundwinkel präsentirt sich ein kleiner weisser Punkt: das untere Ende des langen Fortsatzes des Ambosses nebst Stapesköpfchen. Die Sondenuntersuchung ergab abnorme Beweglichkeit des mit dem Ambosse verbundenen Köpfchen des Steigbügels; Excursionen desselben mittelst Sonde sehr deutlich ohne Steigerung der subjectiven Beschwerden. Heilung des Risses nach 13 Tagen, Schwindel und linksseitige Taubheit bleiben.

Epicritisch bemerkt B., dass es zweifelhaft blieb, ob die abnorme Beweglichkeit des Stapes durch eine Fractur der Platte oder durch Zerreissung des Ringbandes mit Eröffnung des Labyrinths entstanden; für letzteres spreche das Aussickern einer grösseren Menge Flüssigkeit (Liq. cerebrospinalis? eine Untersuchung scheint nicht stattgefunden zu haben), ferner der heftige Schwindel, die continuirlichen Gleichgewichtsstörungen und die absolute Taubheit. Zur Erklärung der Thatsache, dass aus dem geöffneten Labyrinth Cerebrospinalflüssigkeit ausfliessen kann, wird auf die Untersuchungen Schwalbe's bezüglich der Communication von Perilymphe und Arachnoidealhöhle hingewiesen (statt des im Texte genannten Schwartze ist jedenfalls Schwalbe zu lesen); mit grösserem Rechte würde an dieser Stelle Weber-Liel zu nennen sein, von welchem allein doch die betreffenden massgebenden Untersuchungsbefunde ausgingen. — Gehirnsymptome, wie in dem ähnlichen von Schwartze (A. f. O., XVII., 1./2.) beschriebenen Falle, wurden hierbei nicht beobachtet.

Keller.

Ueber Gehörstörungen bei der Hysterie und den Einfluss der Hysterie auf die Entstehung von Ohrleiden. (Troubles de l'oreille dans l'hystérie, et influence de l'hystérie sur la production des maladies de l'oreille). Von Clarence J. Blake und G. L. Walton. (Ann. des mal. de l'oreille etc. 1884, No. 4.)

Die Verff. rathen, auch bei acut entzündlichen Ohrleiden auf Hysterie zu achten, indem dieselben bei hysterischer Grundlage eine Steigerung der Symptome erleiden können, welche ihnen eine grössere Bedeutung beilegt, als in der That berechtigt ist. Es werden zwei diesbezügliche Beobachtungen mitgetheilt.

1) 48jähr. ausgesprochen hysterische Frau; leichte Röthung und Schwellung hinter dem linken Ohr mit heftigen Schmerzen in Schläfe und Warzenfortsatz; derselbe auf Druck empfindlich. Gehörgang normal, Hammergriffgefässe injicirt, Paukenschleimhaut roth durchschimmernd; Gehör nicht wesentlich alterirt; Temp. normal. Nach 2 Monaten bei ziemlich unverändertem Zustande des Ohrleidens heftige hysterische Anfälle. Schliesslicher Ausgang nicht näher bekannt. Die Ohraffection wird als Folge vasomotorischer Störungen auf hysterischer Basis aufgefasst, primäre Periostitis des Proc. mast. wegen des fieberlosen Verlaufs ausgeschlossen. (Ref. hat in einem solchen Falle primärer Periostitis constant normale Tprt. beobachtet).

2) 23jährige, bisher nicht hysterische Frau; nach Erkältung seröspurulente Mittelohrentzündung. Paracentese ohne Nachlass der heftigen Schmerzen. Nach einigen Tagen halbcomatöser Zustand ohne Strabismus

oder Lähmung; Druck auf die Ovarialgegend schmerzhaft. Tptr. normal, nur im Beginn geringe Erhöhung. Stupor, Schmerz und Eiterung nahmen ab nach Auftreten hysterischer Krampfanfälle.

Hier wird ebenfalls die Heftigkeit der Symptome nach Ausschluss einer Gehirnaffection — Fehlen von Fieber, Pupillenveränderung, Lähmung — auf die bis dahin latente Hysterie zurückgeführt, welche erst durch das Ohrleiden manifest geworden sein soll. Keller.

Fractur der Schädelbasis mit Verletzung des Nervus accessorius Willisii. (Fracture de la base du crâne avec lésion du nerf vagus accessoire.) Von Dr. Jefferson Bettmann, Chicago. (Annales dee maladies de l'oreille, du larynx von Ladreit de la Charrière No. 6.)

Ein 45jähr. Mann fiel von einem Eisenbahnwaggon herab und erhielt eine schwere Verletzung an der linken Kopfseite. Anamnese: Patient hatte die Besinnung verloren und als er erwachte, war seine Stimme so schwach geworden, dass er sich kaum noch verständlich machen konnte. Erbrechen während einer Stunde, Taubsein und Blutausfluss am linken Ohre, Schwindel, Unmöglichkeit zu schlucken, Fieber, Coma, Kopfschmerzen. Eisaufschläge auf Kopf und Hals; nach 5 Tagen Besserung und nach 14 Tagen Aufstehen; unsicherer Gang und Schwanken nach der linken Seite. Es war ein Bild der Menière'schen Affection. Patient konnte den Kopf nicht aufrecht halten und empfand links hinten Muskelschmerzen. Status präsens: Anscheinend kräftig; Kopf wie bei Schiefhals gedreht, unsicherer Gang, Stimme heiser, begrenzter, nach der linken Stirnschläfebeingegend ausstrahlender, beim Senken des Kopf sich steigernder Schmerz; unausstehliches, fortwährendes Pfeifen in den Ohren; Gehör links ganz verschwunden; kann blos flüssige Speisen schlucken.

Aeusserer Gehörgang mit trockenen Blutkrusten angefüllt; obere Wand geschwollen, injicirt, schmerzhaft bei Berühren mit der Sonde; Trommelfell injicirt. Griff des Hammers nach innen und oben gedreht. Knochenleitung aufgehoben, Gehör null; Tuba durchgängig. Rechtes Ohr normal.

Linkes Stimmband unbeweglich, linke Häfte des Larynx und der Epiglottis unempfindlich; linke Retinavenen strotzen von Blut. Appetit gut, Puls 80, normal.

Kalium jodatum, absolute körperliche und geistige Ruhe. Patient befolgte letztere Verordnung nicht und stellte sich erst nach 9 Monaten wieder ein: Schwindel und Schlingbeschwerden haben allein abgenommen; Electrisiren und Strychnin waren erfolglos. Die cerebralen und Gehirnsymptome liessen auf eine Verletzung des mittleren Ohres und auf Verletzung der Laryngo-Pharyngealnerven schliessen. Unterhalb seines Hervortretens aus dem Foramen lacerum bildet der Vagus mit dem einen Ast des Accessorius Willisii ein Geflecht. Dieser innere Ast des Accessorius liefert die motorischen Fasern des Recurrens, des Laryngeus superior und die vom Vagus stammenden Pharynxnerven; der Ramus externus des Accessorius tritt aus dem Foramen jugulare, um den Cucullaris und den Sternocleidomastoideus zu besorgen. Nach Ziemssen werden diese Theile des Vagus am leichtesten bei Schädelfracturen ergriffen.

Druck auf den Accessorius oder auf das Foramen lacerum bringt genau dieselben Erscheinungen hervor, welche wir bei diesem Kranken

beobachten; bei ihm ist der Druck durch die drei Theile des durch den Fall desarticulirten Os temporale hervorgerufen; der Glossopharyngeus blieb unversehrt. Die Beispiele von Nervendruck im Foramen jugulare sind sehr selten. Gewöhnlich sind die Fracturen der Schädelbasis tödtlich; manchmal tritt Heilung ein; das Gehör ist fast immer unwiderruflich verloren. Mit der Prognose muss man vorsichtig sein, da oft nach Monaten noch eine tödtliche Pachymeningitis eintreten kann.

Die Behandlung besteht in Ueberwachung des Patienten und in der Behandlung der etwa eintretenden Meningitis.

In physiologischer Beziehung ist dieser Fall von Interesse, weil er die Ergebnisse der Vivisectionen bestätigt, nämlich dass bei Erkrankung des einen Vagus der gleichnamige Nerv der anderen Seite ihn in seinen Functionen ersetzt.

Referent erinnert bei diesem Vicariiren des einen Vagus an die drei neulich von A. Vogel aus der chirurgischen Clinik von Kocher veröffentlichten Fälle, wo bei Exstirpation von carcinomatösen Halsdrüsen, von carcinomatöser Struma und eines Lymphosarcomes relativ grosse Stücke des ganzen Vagus ausgeschnitten wurden und ausser den Erscheinungen von Recurrensparalyse keine sonstigen Symptome aufgetreten waren. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, No. 19.)

Dr. P. K.

Auftreten doppelseitiger Labyrinthaffection 15 Minuten nach 30stündigem Aufenthalte in der Taucherglocke. (Affection labyrinthique double, survenue 15 min. après un séjour de 30 heures dans une cloche à plongeur.) Von Moos, Mittheilung an die Société franç. d'Otologie etc., Sitzung vom 11. April 1884.

Ein 26jähr. Mann empfindet nach 30stündiger Arbeit unter einem Drucke von 9 Metern Wasser ungefähr 1/4 Stunde, nachdem er sich rasch nach oben begeben und mit Speise und Trank erfrischt hatte, heftigen Schwindel, Ohrensausen, Erbrechen; hochgradige Hörstörungen beiderseits. Trommelfelle wenig eingezogen, ohne Perforation oder Hämorrhagie; Luftdouche verstärkt den Schwindel ohne Hörverbesserung. Ruhe, Laxanzen, Bromkali, später Jodkali. 1/2 Jahr später noch angegriffenes Aussehen, Schwindel, Ohrgeräusche anhaltend; rechtes Trommelfell normal, am linken kleine atrophische Stelle (Narbe?) vor dem Hammergriff. Uhr wird nicht gehört, Stimmgabel desgleichen weder bei Luft- noch Knochenleitung, wird nur gefühlt; laut vor dem Ohre gesprochene Worte werden nur rechts verstanden. Trotz mannigfacher therapeutischer Eingriffe auf die Dauer keine nennenswerthe Besserung.

M. spricht die Vermuthung aus, dass die Erscheinungen durch eine Gefässzerreissung im Labyrinth verursacht seien, entstanden durch die Differenz des rapid abgenommenen äusseren Luftdrucks und des in Folge der stark comprimirten Luft noch erhöhten Blutdrucks (P. Bert, Lazarus und Schirmanski, Fränkel). Einen Austritt lediglich von Blutgasen (O, CO_2), analog dem Erklärungsversuche von Leyden in einem ähnlichen Falle, auch für vorliegende Beobachtung anzunehmen, scheint M. etwas gezwungen; auch will er die Coordinationsstörungen, den Schwindel mit Erbrechen in Anbetracht des Gesammtverlaufs der Krankheit um so weniger auf Rechnung einer Gehirnaffection setzen, als bei

der doppelseitigen Taubheit dabei auf eine Affection gerade des 4. Ventrikels recurrirt werden müsste; vielmehr glaubt er, dass, gerade wie bei Luftschiffern bei allzu raschem Aufsteigen Blutungen aus Nase etc. beobachtet würden, so auch hier ein wirklicher Blutaustritt in's Labyrinth anzunehmen sei; weshalb gerade dort, bleibe unaufgeklärt. Keller.

Ueber acute Periostitis des Warzenfortsatzes. (De la périostite aigue de la région mastoidienne.) Von Menière. (Revue mens., 1884, 7.)

M. hat in 15 Fällen primärer phlegmonöser Entzündung der hinteren Wand des äusseren Gehörgangs ohne Mittelohrentzündung oder Trommelfellperforation einige Tage nach eingetretener Eiterung die Entzündung sich auf's Periost des Warzenfortsatzes ausdehnen sehen; die Symptome (entzündliche Schwellung und Oedem) hätten leicht eine Entzündung der Warzenfortsatzzellen vortäuschen können. Wilde'sche Incision bis auf den Knochen brachte rasche Heilung. Keller.

Zur Therapie der Labyrinthaffectionen. Von Prof. Dr. A. Politzer. (Wiener med. Blätter No. 4, 1885.)

Angeregt durch die günstigen Resultate, welche Andere von Pilocarpininjectionen hatten, wendet Verf. das Mittel schon seit 1880 namentlich bei luëtischer Complication an und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. P. bedient sich einer 2procentigen Lösung, von welcher 2 bis 6 Tropfen in steigender Dosis an den Vorderarmen täglich injicirt werden. Treten unangenehme Zufälle, wie Uebelkeiten, Ohnmachten, Schwindel auf, so werden sie durch 2 Tropfen einer Lösung von Atropin. sulfur. (0,03 : 10,00) coupirt.

Verf. fasst die Resultate der Pilocarpinbehandlung dahin zusammen, dass das Mittel bei recenter Labyrinthsyphilis, dann bei anderweitigen, nicht veralteten Labyrinthaffectionen oft eine überraschende Gehörverbesserung hervorbringt und theilt einige Fälle aus seiner klinischen und Privatpraxis mit. Hingegen blieb das Mittel wirkungslos bei hereditärer Syphilis, bei Parotitis, bei Taubheit nach epidemischer Cerebrospinal-Meningitis und bei den mit Affectionen des Labyrinths complicirten trockenen Mittelohrcatarrhen. Von 65 Fällen blieben 47 ungeheilt, 16 Fälle wurden mehr weniger gebessert. Lichtenberg.

Zur Behandlung des schalleitenden Apparates mittelst der Lucae-schen Drucksonde. Von Dr. A. Eitelberg in Wien. (Wiener medicin. Presse No. 6, 1885.)

Wenngleich die Zahl der vom Verf. beobachteten Fälle, deren genauere Besprechung einer demnächst zu erscheinenden Abhandlung vorbehalten sei, blos 30 beträgt, gestattet die Gleichförmigkeit der in der Gruppe der chronischen Mittelohrcatarrhe gewonnenen Resultate die Schlussfolgerung, dass sich dieses Verfahren bei der Behandlung der fraglichen pathologischen Formen im Allgemeinen kaum bewähren wird. Lichtenberg.

---

b) Rhinologische:

Ueber den Circulations-Apparat in der Nasenschleimhaut. Von E. Zuckerkandl. Mit 5 Tafeln. Besonders abgedruckt aus dem XLIX. Bande d. Denkschr. d. math.-naturwiss. Cl. d. Kais. Akad. d. Wiss. Wien. 1884. Gerold. 4°. 32 S.

Zuckerkandl hat seinen Verdiensten um die Anatomie des Menschen, speciell um die Erweiterung unserer Kenntnisse in den Gebieten, welche diese Blätter betreffen, ein neues hinzugefügt. Die vorliegende Monographie darf als ein sehr werthvoller interessanter Beitrag zur Anatomie der Nasenhöhle, vor Allem in Bezug auf die physiologisch und pathologisch so überaus wichtigen, wie sich jetzt herausstellt, ebenso complicirten Circulationsverhältnisse der Nasenschleimhaut betrachtet werden.

Theoretiker und Practiker werden deshalb Z.'s Arbeit mit Freude und Genugthuung begrüssen, und gern folgt Ref. der Aufforderung seitens des Redacteurs dieser Monatsschrift, hier ein kurzes Referat über dieselbe wiederzugeben.

Verf. zerlegt seine mit zahlreichen, klaren und schönen Abbildungen ausgestattete Arbeit in folgende Theile: A. die Untersuchungsmethode; B. die Arterien der Nasenschleimhaut; C. die aus den venösen Netzen der Nasenschleimhaut heraustretenden Venen; D. das Schwellgewebe und die Venennetze der Nasenschleimhaut; E. die kleineren Arterien, die Capillaren der Nasenschleimhaut und deren Verbindungen mit dem Schwellgewebe und den Venennetzen; F. die Gefässe der pneumatischen Anhänge (Nebenhöhlen). Aus den reichen Ergebnissen der umfassenden Untersuchungen hebt Ref. das Wesentlichste hervor:

Ausser der Art. sphenopalatina, dem Hauptgefässe der Nasenschleimhaut, versorgen die Nasenhöhle noch die Art. ethmoidales, Art. nasalis externa, Art. septi narium und ein Arterienzug, der am Thränennasengange hinzieht und die Nasenschleimhautarterien mit den Gesichts- und Orbitalarterien in Verbindung setzt. In Folge dieses Reichthums an collateralen Bahnen ist eine Circulationsstörung im arteriellen Gebiete kaum möglich. Die genannten Arterien bilden in der basalen Schicht der Nasenschleimhaut ein weitmaschiges Geflecht, aus dem dann die Parenchymgefässe der Schleimhaut hervorgehen. Diese verlaufen hier, wie überall in Organen, deren Volumen wechselt, korkzieherartig gewunden. — Aus dem dichten Venennetze, bezw. aus dem Schwellgewebe der Nasenschleimhaut treten Venenstämme hervor, die in Begleitung der Arterien nach verschiedenen Richtungen abziehen. Man kann fünf Gruppen solcher Venen unterscheiden, von welchen die eine, Plexus nasalis externus, vorwärts gegen die äussere Nasenöffnung, die zweite und dritte (Venae ethmoidales) aufwärts gegen das Gaumensegel und die fünfte rück- und aufwärts in die Flügelgaumengrube zieht. — Die vordere tiefere Nasenvene erhält ihre Zuflüsse aus dem Venengeflechte der Nasenschleimhaut und der Hautbekleidung des Vestibulum nasi. An dem Rande der Apertura pyriformis fliessen die stärkeren Venen dieser Geflechte zu einem dichten Plexus zusammen, aus dem 3—5 Venen als Wurzeln der V. nasalis anterior profunda hervorgehen. Die äussere Nase ist überhaupt sehr reich an Venen, welche in drei Lagen über einander geschichtet liegen, nämlich eine in der Haut, die zweite in der Auskleidung des Vestibulum

nasale, die dritte zwischen beiden im Perichondrium der Nasenknorpel. Dazu kommen noch Knochenvenen des Oberkiefers. — Die gegen die Schädelhöhle gerichteten Venae ethmoidales anastomosiren hier mit dem Venennetze der Dura mater und mit dem oberen Sichelblutleiter. Wichtiger als diese Verbindung ist eine Vene, welche einen grösseren Nebenast der Art. ethmoidalis anterior begleitet und durch die Siebplatte in die vordere Schädelgrube eindringt, wo sie entweder in das Venennetz des Tractus olfactorius oder direct in eine grössere Vene am Orbitallappen einmündet. Der Blutstrom wird in dieser Vene gewöhnlich cerebralwärts gerichtet sein.

Mehr Beachtung als diese Vene hat eine das Foramen coecum passirende angebliche Communication zwischen den Nasenvenen und dem Sinus falciformis major gefunden. Die Untersuchungen des Verf. lehren, dass der das For. coecum ausfüllende konische Fortsatz der Sichel beim Neugeborenen ein Venengeflecht einschliesst, welches oben mit dem Sinus falciformis, unten mit den Periostvenen der Nasenbeine in Verbindung steht. Beim Erwachsenen ist das Geflecht weniger dicht und hat sich von den Venen des Nasenperiostes abgeschnürt.

Die rückwärts aus der Nasenschleimhaut abziehenden Venen zerfallen in zwei Lagen, in eine oberflächliche, welche in die Gaumen- und Pharynxvenen, und in eine tiefe, welche als Venae comitantes der Arterien durch das Foramen sphenopalatinum in die Fossa pterygopalatina hineinziehen. — Aehnlich wie die Arterien des Thränenapparates stellen die stärkeren Venen des Plexus lacrimalis eine indirecte Verbindung zwischen Nasen-, Gesichts- und Augenhöhlenvenen her. — Aus alledem ergiebt sich, dass auch für den Abfluss des Blutes in genügender Weise gesorgt ist.

Da, wo die Nase einen Schwellkörper besitzt, nämlich an der unteren Muschel, am Rande der mittleren, sowie an den hinteren Enden aller drei Muscheln, liegt derselbe in der Schleimhaut selbst. Der Schwellkörper scheidet sich, ähnlich wie das Corpus cavernosum penis, in eine oberflächliche engmaschige Schicht — Rindennetz — und eine tiefe, weite Lacunen enthaltende Schicht, deren einzelne Röhren eine frontale Richtung einhalten, während das Rindennetz einen sagittalen Verlauf nimmt. — An der periostalen Seite der Nasenschleimhaut wandeln sich einzelne Theile des Schwellkörpers in sagittal gerichtete Venengeflechte um, welche die stärkeren Arterienstämme begleiten und da, wo letztere in Furchen liegen, förmliche Geflechte um dieselben bilden. — Wenn wir auch den Schwellkörper der Nase mit denen des Penis vergleichen können, so unterscheidet sich doch das Balkengewebe beider wesentlich. In der Nase ist die Auflösung der Venen in ein lacunäres System nicht so weit gediehen, als im Gliede: man sieht rings um die Lichtungen der Venen eine (glatte) Muskelschicht herumgelegt. Die Nasenschleimhaut ist demnach von einem mit allen Schichten eines Blutgefässes ausgestatteten, stark musculösen Schwellnetz canalisirt, und in die breiten, reichliches elastisches Gewebe einschliessenden Balken zwischen den Venen erstrecken sich verschieden tief die Drüsen hinein. Wir haben hier eine Art Uebergang zwischen einem venösen Plexus und einem wirklichen Schwellkörper vor uns. Die Füllung und Entleerung desselben steht unter dem Einflusse des Nervensystems (Ganglion sphenopalatinum s. „rhinicum“ des zweiten

Trigeminusastes, wohl wesentlich Facialiselemente, Ref., ferner erster Trigeminusast).

Die Arterien der Nasenschleimhaut sind im Vergleiche zur grossen Menge und zum Querdurchmesser der Venen eng und nur in geringer Zahl vorhanden. Sie bilden in der Schleimhaut drei Netze: ein periostales, eines für die Drüsen und ein drittes oberflächliches in der conglobirten Schicht der Schleimhaut in Form eines in sich communicirenden Schlingsystems. Zwischen den drei Capillarnetzen, in welche sich dergestalt die Arterien auflösen, und den Venen ist nun, wie gesagt, ein Schwellkörper oder ein dichter Venenplexus eingeschaltet. Die Capillaren der conglobirten Schicht und der obere Theil der Drüsencapillaren ergiessen ihr Blut in das Rindennetz, — das periostale Netz und die tieferen Schichten der Drüsencapillaren in die lacunäre Parthie des Schwellkörpers resp. in die grossen Abzugsvenen (s. o.). — Directe Uebergänge von Arterien in den Schwellkörper konnte Verf. nicht nachweisen.

Die Nebenhöhlen der Nase beziehen, neben zahlreichen kleinen collateralen Bahnen, ihren Ernährungsstrom gleich der Nasenschleimhaut durch die Art. sphenopalatina. Die collateralen Bahnen passiren grossentheils die Knochenwand der lufthaltigen Nebenräume. Die Arterien der Sinusauskleidung geben, ähnlich wie die der Nasenschleimhaut, drei Capillarsysteme ab, ein periostales, ein oberflächliches und eines für die Drüsen, welch' letzteres wegen der Reduction der Drüsen ärmer ist, als das der Nasenschleimhaut. Die Capillaren gehen in gröbere Gefässe und diese in ein dichtes, aus breiten Venen zusammengesetztes Geflecht über, welches den Oeffnungen der Sinus zusteuert und hier den venösen Blutstrom gegen die Nasenhöhle abführt. Die periostalen „Venchen" anastomosiren durch die Knochenwand mit den Venen des äusseren Periostes, resp. mit jenen der Dura mater (Keilbeinkörper, zum Theil auch Stirnbeinhöhle).

K. Bardeleben (Jena).

Einige Bemerkungen über die Behandlung der Gestaltveränderungen der Nase durch Verletzung. (Some remarks on the treatment of deformities of the nose following injury.) Von W. J. Walsham in London. (Lancet 1884, 20. September.)

Verf. hatte Gelegenheit, eine Anzahl meist veralteterer Fälle von Gestaltveränderungen der Nase durch Verletzung zu beobachten. Er bespricht zunächst die der Knorpel. Das knöcherne Septum ist dann immer in der entgegengesetzten Richtung ausgebogen, wie der Knorpel, oder wenn die Nase in Folge einer äusseren Gewalt eingesunken, gebrochen mit Dislocation der Bruchstücke, oder aus seiner Verbindung mit dem Oberkiefer gelöst. In solchen Fällen muss das Septum gerade gerichtet werden durch die Adams'sche Zange. Nachher benutzt er als Stützapparate hohle Bogen von Vulcanit, welche das Athmen durch die Nase ermöglichen. Um die Knorpel seitlich zu fixiren, lässt er eine Gypsmaske von dem Gesichte des Patienten nehmen, nach der eine Ledermaske geformt wird, die, wenn sie getrocknet ist, genügenden Halt zur Anbringung von allen gewünschten Stützapparaten durch Schrauben etc. bietet. Diese Ledermaske wird natürlich durch Riemen um den Kopf befestigt. Man kann am Tage die Bolzen und Nachts die Maske tragen lassen. In manchen Fällen dürfte es angezeigt sein, Bruchstücke ganz zu entfernen.

Die Nasenknochen können auch nach Jahren noch in die richtige Stellung gebracht werden. Stützapparate sind bei denselben weniger nöthig. M. Sch.

Cocaïn in der Nasenchirurgie. (Cocaine in intranasal surgery) Von W. Ch. Jarvis, New-York. (Med. Record 1884, 13. December.)

Verf. tamponirt die Nase mit Watte, befeuchtet diese dann mit einer 4pctg. Cocaïnlösung und lässt sie 30—15 Minuten einwirken. Die einmal angefeuchteten Bäusche kann man mehrmals benutzen. Ebenso kann man mit Cocaïnlösung befeuchtete und dann getrocknete Wattebäusche benutzen. Einen besonderen Vortheil sieht er darin, dass das Cocaïn die Schwellkörper zur Contraction bringe, worauf schon Bosworth aufmerksam gemacht habe, und man dadurch vor Blutungen geschützter sei. In einem Fall entfernte er sogar Stücke vom Septum schmerzlos. Wird während der Operation die Schleimhaut wieder empfindlich, so legt er wieder Cocaïnwatte 15 Minuten lang ein, und operirt dann wieder.

Ein ebenso wirksames Mittel, dessen Wirkung nur kürzer von Dauer, sei das Rhigolene, ein Petroleumnaphtha. Er gebraucht das Mittel in Sprayform, wenn nöthig wiederholt. Es wirkt ähnlich wie Aether, local anästhesirend und blutstillend. Wegen der Entzündbarkeit der Dämpfe dürfe man natürlich nur bei Tageslicht operiren. M. Sch.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Uebersicht verschiedener Experimente über die Folgen der Exstirpation der Schilddrüse. (Résumé d'une série d'expériences sur les effets de l'ablation du corps thyroide.) Von Dr. Schiff. (Revue médicale de la suisse normande und Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, Octobre 1884.)

Schiff sagt den Chirungen, welche sich in jüngster Zeit über die schlimmen Folgen der Schilddrüsenexstirpation wundern, dass die Physiologie schon längst auf diese schlimmen Folgen aufmerksam gemacht habe. 1856 und 1857 hat Schiff in Bern Untersuchungen angestellt, welche 1859 veröffentlicht wurden (Untersuchungen über die Zuckerbildung in der Leber, Würzburg 1859, pag. 61 und 62); es erhellt aus diesen Experimenten, dass operirte Hunde oft in den ersten acht Tagen, operirte Meerschweinchen später starben, ohne dass man die Todesursache erklären kann. Als im vorigen Jahre die Frage der Thyroidectomie in Genf an der Tagesordnung war, wiederholte Schiff seine Experimente. Die nervösen Symptome, welche Schiff nach der Operation an den meisten Thieren wahrnahm, waren folgende: tiefer Schlaf, aus welchem die Thiere nur durch starken Hautreiz geweckt werden konnten; Langsamkeit und Zögern in den Bewegungen, ohne dass es deshalb Lähmungen waren; fibrilläres Zucken, Zittern, dann wirklicher Tetanus in Folge der Accumulation der Zuckungen; einige Sensibilitätsstörungen etc. etc. Beim Herannahen des Todes haben die Hunde einen geringen arteriellen Druck; sterben sie an dieser Schwäche oder ist der Druck schwach, weil sie erschöpft sind? Die Frage ist offen. Verf. beobachtete einmal auffallendes Aufhören des Wachsthums bei einer

jungen Katze und zweimal Oedeme, welche auf einen Reizzustand der Erweiterungsnerven der Blutgefässe zurückzuführen waren. Letztere Facta sind denen ähnlich, welche Reverdin im vorigen Jahre in derselben Zeitschrift veröffentlicht hat.

Schiff neigt der Ansicht zu, dass die Glandula thyroidea mit der Ernährung der Nervencentren im Zusammenhange steht. Er sagt: „Man sollte sagen, die Gland. thyroidea bereite einen Stoff, der, mit Blut eingeführt, ein unentbehrliches Nahrungsmittel für die Nervencentren abgiebt. Die Möglichkeit anderer Hypothesen ist dabei nicht ausgeschlossen."

Dr. P. K.

---

1) **Mittheilung eines Falles von Tetanie nach Kropfexstirpation.** Von Dr. Szuman. (Centralblatt f. Chirurgie No. 2, 1884.)

2) **Beitrag zur Tetanie nach Kropfexstirpationen.** Von Dr. Schramm. (Ibidem No. 22, 1884.)

1) Bei einem 22jähr. Mädchen traten am 4. Tage nach einer ohne besondere Zwischenfälle verlaufenen Kropfexstirpation tetanische Krämpfe besonders in den Extremitäten auf, die sich am 6. und 7. Tage wiederholten und von stechendem Schmerz in der Wunde, besonders an den Seitentheilen des Halses in der Gegend der Carotiden, sowie Röthung dieser Gegend begleitet waren. Nach einer Pause von circa 4 Wochen und nachdem auch die Drains der Wunde völlig vernarbt waren, zeigte sich nochmals ein gleicher Anfall; 2 weitere, von S. selbst aber nicht beobachtete, sollen diesem in Zwischenräumen gefolgt, danach aber, seit Jahresfrist, neue Anfälle nicht wieder aufgetreten sein.

S. macht darauf aufmerksam, dass die 14 bisher beobachteten Fälle von Tetanie nach Kropfexstirpation sämmtlich nur bei jüngeren weiblichen Personen aufgetreten sind. Von diesen endigten 7 letal, 6 wurden geheilt, bei einem dauerten die Anfälle seit 3 Jahren an. Eine Erklärung derselben versucht S. nicht.

2) Unter 10 von Prof. Mikulicz ausgeführten Kropfexstirpationen kamen tetanische Krämpfe 3 Mal zur Beobachtung, darunter bei 2 Männern, und 2 Mal am 2., 1 Mal am 3. Tage nach der Operation. In zwei der Fälle ist ausdrücklich bemerkt, dass die Nn. recurrentes bei der Operation unverletzt geblieben seien. Ueber die etwaige Ursache spricht auch Sch. eine Vermuthung nicht aus, hält es aber für bemerkenswerth, dass die Tetanie bis jetzt nur nach totaler, nicht auch nach partieller Kropfexstirpation beobachtet wurde, sowie dass der einzige, auf der M.'schen Klinik bis jetzt beobachtete Fall von Cachexia strumipriva gerade bei einem Kranken vorkam, bei welchem Tetanie ausbrach. (Ueber die bezügl. Operation an dem 21jähr. Manne ist gesagt, dass sie „wegen bedeutender Adhäsionen erschwert" und dass „die Blutung ziemlich gross" war; über die Recurrentes findet sich keine Angabe. Ref.) Sch. folgert hieraus, „dass die Schilddrüse doch eine ziemlich grosse Bedeutung für den ganzen Organismus zu haben scheine und dass man also die Entfernung wenigstens der ganzen Drüse so viel als möglich vermeiden solle".

Heinze.

Zur Kropfbehandlung. Von Prof. Obalinski. (Centralbl. für Chirurgie No. 9, 1884.)

In einer einem 45jähr. Manne exstirpirten Struma parenchymatosa, welche vorher mit Jodtincturinjectionen behandelt worden war, die Anfangs Verkleinerung des Kropfes und Verminderung der Athembeschwerden herbeigeführt, in letzterer Zeit aber vermehrte Anschwellung und Schmerzhaftigkeit sowie Steigerung der Athemnoth zur Folge gehabt hatten, zeigten sich auf der Schnittfläche „mehrere kreuzergrosse, puriforme Heerde". Der Kranke starb am 10. Tage nach der Operation, wie die Section ergab, an Pyämie, und fand sich u. A. auch „Suppuration der nicht mit exstirpirten Strumae accessoriae". Da die Annahme, dass die Pyämie in der Operationswunde ihren Ursprung genommen, nach O.'s Ansicht ausgeschlossen werden muss, so soll der Fall „als Illustration dafür dienen, dass 1) die parenchymatösen Jodtincturinjectionen ein keineswegs immer unschuldiges Verfahren sind (da sie nach O.'s Meinung hier Eiterung zur Folge gehabt und die Pyämie verursacht haben), und 2) dass frühzeitige Kropfexstirpation, wie sie von manchen Autoren sogar aus kosmetischen Gründen empfohlen werde, ihre volle Berechtigung hat".

Heinze.

Ein Fall von Spasmus glottidis bei Struma. Exstirpation der Struma. Heilung. Von Dr. Rehn. (Centralbl. f. Chirurgie No. 13, 1884.)

Ein kräftiger Mann, der seit 2 Jahren ein Anschwellen seines Halses bemerkt und 3/4 Jahr bevor der erste Erstickungsanfall auftrat, „trockenen Husten bekommen und an asthmaähnlichen Anfällen" gelitten hatte, ward plötzlich von grösster Athemnoth befallen, die 10 Minuten anhielt, nach einigen Schlucken Wasser aber wieder verschwand. Solche Anfälle wiederholten sich in den nächsten Tagen noch zweimal. Der vorhandene doppeltfaustgrosse fibröse Kropf mit Cystenbildung wurde exstirpirt und Patient am 14. Tage mit völlig freier Respiration und intacter Function der Stimmbänder entlassen. Eine laryngoscopische Untersuchung vor der Operation hat überhaupt nicht stattgefunden. Heinze.

Zwei Fälle von Krankheit der Schilddrüse; Entfernung des Isthmus und eines Theils der seitlichen Lappen. Heilung, Bemerkungen. (Two cases of disease of the thyroid gland; removal of the isthmus and part of lateral lobes, cure, remarks.) Von Sydney Jones. (Lancet 1884, 30. August.)

Die 24jähr. Patientin hatte die Schwellung der Kropfdrüse seit 16 Jahren, seit 10 Jahren hatte sie zeitweilige Athembeschwerden, seit 6 Monaten Schluckschwierigkeiten. Der Isthmus der Drüse wurde doppelt unterbunden und durchschnitten, sodann das mittlere Drittel des hauptsächlich vergrösserten linken Lappens in Masse unterbunden und abgeschnitten. Nach 5 Wochen verliess Patientin geheilt das Hospital.

In dem zweiten Falle eines jungen Mannes von 17 Jahren war die Schwellung erst 6 Monate alt und erst in den letzten 3 Wochen rascher gewachsen. Hier wurden ausser dem Isthmus beide seitlichen Lappen ebenso unterbunden und theilweise abgetragen. Nach der Heilung schwollen die Reste noch mehr ab. M. Sch.

Cystentumor der Glandula thyroidea. (Tumeur cystique du corps thyroide.) Von Dr. Sidney Hunt. (The brit. med. journal, 5. Juillet 1884 und Revue mensuelle de laryngologie No. 11.)

Eine 40jährige Frau litt an Erstickungsanfällen. In der Gegend des Isthmus der Schilddrüse besteht ein pommeranzengrosser Tumor, welcher nach Aussage der Patientin von seiner früheren Wallnussgrösse bis zu der jetzigen Dimension plötzlich angeschwollen sei. Patientin erlag in einigen Minuten Zeit.

Die Section zeigte, dass der Tumor von frischem Blute gebildet war; die Trachea war plattgedrückt. Dr. P. K.

Ein behaarter Rachenpolyp (parasitäre Doppelmissbildung). Von Dr. Schuchardt. (Centralbl. f. Chirurgie No. 41, 1884.)

Bei einem 5monatlichen, sonst gesunden Kinde zeigte sich seit der Geburt ein polypöser Tumor im Munde, der dann und wann in der Mundöffnung zum Vorschein kam, meist jedoch verschluckt ward und nicht selten zu heftigen Dyspnoeanfällen Veranlassung gab. Die Geschwulst war dünn, birnförmig, 6 Ctm. lang, und sass mit schmalem Stiele der Schleimhaut der hinteren Rachenwand etwas links von der Mittellinie an. Sie wurde hervorgezogen und mit der Scheere bei äusserst geringer Blutung abgeschnitten. Der Stiel war 1 Ctm. weit von blassröthlicher, glatter Schleimhaut bekleidet, während die Hauptmasse des Polypen vollkommen der äusseren Haut glich und feinste Lanugohärchen in grosser Zahl, sowie reichliche Talgdrüsen und eine relativ grosse Zahl von Knäueldrüsen zeigte. Etwa an der Grenze der Schleimhaut- und Epidermisüberkleidung fand sich ein hanfkorngrosses, derbes, prominirendes Knötchen; sonst war die Geschwulst weich wie ein Lipom. Beim Durchschitt ward ein eigenthümlicher, in der Längsachse bis zum Ende verlaufender Kern bemerkt, welcher nahe dem Stiele am breitesten war und mehrfach feine Septa in das ihn wie ein Mantel umhüllende Fettgewebe schickte. Nach der Schleimhautanheftung zu grenzte sich der Kern, welcher dort ausschliesslich aus Längsbündeln quergestreifter Muskelfasern bestand, sehr scharf in einer runden Linie ab, ohne irgend eine Verbindung in den eigentlichen Stiel hineinzusenden.

Sch. hält diese angeborene Geschwulst für eine parasitäre Doppelmissbildung, die der niedersten Stufe dessen entspreche, was man in weiter vorgeschrittener Entwicklung des Parasiten einen Epignathus nennen würde. Denn so bezeichne man alle jene Doppelmissbildungen, bei welchen ein verkümmerter Foetus an irgend einer Stelle der Mund- oder Rachenhöhle einer weiter ausgebildeten Frucht befestigt sei und aus dem Munde mehr oder weniger weit herausrage. Der verkümmerte Embryo wachse in die Einstülpung zwischen Hirnblase und Vorderdarm hinein, und inserire sich mit seinem vorderen Ende in die Spitze dieses eingestülpten Raumes, die Gegend der Hypophysis cerebri. Heinze.

Sarcom der Mandel. (Sarcom of the tonsil.) Demonstrirt von Mr. Balding aus Rayton, in der Cambridge medical society. (Lancet 1884, 23. August.)

Die 53jähr. Patientin konnte, als Verf. sie zuerst sah, den Mund nicht öffnen; die Schwellung erstreckte sich nach unten an den Hals.

Eine starke Blutung stand von selbst. Später bildeten sich zwei Abscesse in der Höhe des oberen Randes des Schildknorpels. Dann schwoll die Zunge stark an. Patientin starb nach 2 Monaten. Das Sarcom hatte nicht allein die linke Mandel, sondern auch die hintere Zunge und Epiglottis ergriffen. M. Schm.

Zur Entstehung der ringförmigen luetischen Pharynxstricturen. Von Dr. Pauly. (Centralblatt für Chirurgie No. 17, 1884.)

Bei einem 39jähr. Mann fand sich eine ringförmige narbige Pharynxstrictur in Form einer Membran, die sich von der Zungenbasis zur hinteren Rachenwand horizontal ausspannte und den Zugang zu Kehlkopf und Speiseröhre bis auf eine erbsengrosse Oeffnung völlig verschloss. Nach Spaltung derselben zeigte sich die Epiglottis aufgerichtet, seitlich zusammengedrückt, sonst aber normal, wie auch der Kehlkopf. Die Spitze der Epiglottis verbarg sich unter einem horizontalen, 2 Ctm. langen, concaven, dünnen Narbenrande an der Zunge, welcher die Basis eines glattnarbigen Dreiecks bildete, das etwa die Gegend der Papillae vallatae einnahm. Dieser Befund erklärt nach P.'s Ansicht das Zustandekommen solcher colossaler Ringstricturen des Pharynx, welche dann entstehen werden, wenn sich mit den Ulcerationen der hinteren und seitlichen Rachenwand gleichzeitig Affectionen des hinteren Zungengebietes verbinden. Heinze.

Luftröhrenverengerung in Folge congenitaler Hypertrophie der Thymusdrüse. (Sulla tracheo-stenosi per ipertrofia del timo.) Von C. Somma. (Archivi italiani di laringologia, I. Heft 1884.)

Zu den von Pagenstecher, Wunderlich, Corradi und Anderen publicirten Fällen von Luftröhrenverengerung in Folge congenitaler Vergrösserung der Thymusdrüse, fügt der Autor zwei Fälle seiner eigenen Beobachtung hinzu. Bei dem ersten Falle handelte es sich um ein zwei Tage altes Kind, welches trotz guter Entwicklung an intermittirenden Erstickungsanfällen litt; sie bestanden in plötzlich auftretender Dyspnoe, Cyanose des Gesichtes, Dilatation der Venen des Gesichtes und Halses. Percutorisch konnte man eine deutliche Dämpfung in der Gegend des oberen Sternaldrittels nachweisen; in der Fossa jugularis fühlte man einen kleinen Tumor, welcher sich $1^1/_2$ Ctm. über den oberen Rand des Manubrium sterni erhob. Es wurde Trachealstenose, bedingt durch Hypertrophie der Thymus, als Krankheitsursache diagnosticirt. Nach 2 Tagen starb Pat. während eines dyspnoischen Anfalles. Die Autopsie ergab eine vergrösserte Thymusdrüse, deren oberer Theil sich in der Gegend des vierten Trachealringes inserirte, deren unterer fast die ganze obere Hälfte des Pericardiums einnahm.

Der zweite Fall betraf einen 4 Tage alten Knaben von kräftiger, normaler Constitution, welcher, wie der im früheren Falle erwähnte, an plötzlich auftretenden dyspnoischen Anfällen litt. Lungenbefund normal, der obere Theil des Sternums gedämpft schallend. Palpatorisch konnte man in der Fossa jugularis eine 2 Ctm. über den oberen Rand des Manubrium sterni emporragende Geschwulst nachweisen. Auch in diesem Falle bestätigte die Autopsie die Diagnose.

In der vor Kurzem erschienenen Monographie bespricht Autor die

grosse Wichtigkeit dieser Fälle nicht so sehr von clinisch-therapeutischem, als von gerichtlich-medicinischem Standpunkte aus. Dr. E. J.

Fremdkörper in der Trachea. (Cas de corps étranger de la trachée.) Von Dr. Fraipont. (Annales de la societé médico chirurgicale de Liège. Januar 1885.)

Ein 12jähr. Mädchen hatte eine Perle im Munde, erschrak und schluckte selbe hinunter. Nach 2 Tagen trat Husten mit Erstickungsanfällen auf, am 3. Tage diagnosticirte man eine rechtseitige Pneumonie. Das während der Hustenanfälle hörbare Geräusch liess keinen Zweifel über das Vorhandensein der Perle in der Trachea übrig. Die Tracheotomie wurde verweigert. Nach einigen Tagen scheinbarer Besserung trat von Neuem Husten mit Erstickungsgefahr ein. Die Operation wurde gestattet. V. Winniwarter machte die Tracheotomie und das Kind hustete die Perle aus; nach 7 Tagen wurde die Canüle entfernt und das Kind war geheilt. Dr. P. K.

Fremdkörper in der Luftröhre. (Foreign body in the air-passage.) Vorgetragen von Mr. Bernard Pitts in der West-London medical and chirurgical society. (Lancet 1884, 27. December.)

Einem 9jähr. Jungen wurde ein Stück Kastanie, welches anfänglich in der Luftröhre, dann im Kehlkopfe gesessen, nach der Tracheotomie mit der Zange von unten herausgezogen. Am nächsten Tage schon zeigte eine Verdichtung im oberen rechten Lappen, dass noch ein Stück im rechten Bronchus stecken müsse. Es bildete sich ein Lungenabscess, der sich auf natürlichem Wege entleerte. Heilung nach 3 Monaten. Der Fall zeigt, wie rasch sich ein Lungenabscess bilden könne. M. Sch.

Ein Fall von Lähmung des linken Stimmbandes in äusserster Abduction. (A case of paralysis of the left vocal band in extreme abduction.) Von Dr. Solis Cohen, Philadelphia. (New-York Med. Journal 1884, 26. Juli.)

Patient, 33 Jahre alt, erhielt vor 5 Monaten bei einem Ueberfall einen Schnitt in den Hals; sofort während des Schreiens hörte die Stimme auf; seitdem besteht Aphonie. Laryngoscopisch zeigt sich das linke Stimmband in äusserster Abduction fixirt, das rechte ist frei beweglich und überschreitet bei versuchter Phonation die Mittellinie nach links.

Verf. glaubt, dass die Wunde eine selbstmörderisch zugefügte sei, die Carotis soll nach Aussage des Patienten unterbunden worden sein, jedenfalls pulsirt dieselbe nicht. Verf. leitet die Lähmung von einer Durchtrennung des Vagusstammes her.

Bei der Discussion wurde von Lefferts hervorgehoben, dass es sehr schwer sei, zwischen äusserster Abduction und Cadaverstellung zu unterscheiden (? Ref.); bei einseitiger Paralyse sei doch immer die Stimme theilweise erhalten. Cohen meint, dass eben nur die Abductionsfasern im Vagus getroffen seien.

(Ohne Section dürfte der Fall schwer zu entscheiden sein. Ref.)

M. Schm.

Bemerkungen über Kehlkopflähmung und Ungleichheit der Pupillen, geeignet bei der Diagnose eines Brustaneurysma zu helfen und auch zu täuschen. (Remarks on laryngeal paralysis and inequality of the pupils, as tending to aid and also mistead in the diagnosis of thoracic aneurysma.) Von James Finlayson M. D. Glasgow. (Lancet 1885, 3. Januar.)

In dem ersten der Fälle fand sich rechtsseitige Lähmung und Myosis. Das Aneurysma hatte den rechten Vagus und Recurrens gedehnt. In dem zweiten Falle bei linksseitiger Lähmung im Kehlkopf und wechselnder linksseitiger Pupillenvergrösserung lag die Ursache der Lähmung darin, dass der Recurrens durch das enorm vergrösserte Herz nach abwärts gezerrt wurde, oder durch Druck von Bronchialdrüsen auf den Nerven, ein pathologischer Befund, welcher dem Verf. durchaus neu war.

M. Sch.

Krampf im Kehlkopf. (Laryngeal Spasm.) Vortrag vor der American Laryngological Association, Mai 1884. (New York Med. Journal, 20. December 1884).

Verf. bespricht die verschiedenen Formen von Krampf im Larynx und betont die Angabe Cohen's, dass es sich bei Laryngismus stridulus gelegentlich um Einkeilung der Epiglottis handeln könne, weshalb man immer mit dem Finger prüfen sollte und empfiehlt die Schrötter'schen dreikantigen Hartkautschukröhren. A. Sch. (N.-Y.)

Larynxschwindel.

Zwei Fälle beschreiben Dr. Mc. Bride und Dr. Russel in der Birmingham medical Review. Plötzliches Hinfallen zu Boden, vorher ein kurzer trockner Husten und krampfhaftes Athmen, sind die beobachteten Symptome. Als Ursache fanden sie Hyperämie und granuläre Schlundentzündung. Die Behandlung war eine locale und dabei Brompräparate.

M. Sch.

Ueber Kehlkopfsexstirpation bei Carcinom. Von Dr. Hahn. (Archiv für klin. Chirurgie, 31. Bd., H. 1.)

Verf. tritt in diesem, auf dem Chirurgencongress 1884 gehaltenen Vortrage nochmals für die Exstirpation des halben Kehlkopfs ein, welche bis jetzt nicht die Beachtung gefunden habe, die sie seiner Ansicht nach verdient. Er selbst hat 2 halbe Exstirpationen ausgeführt, ohne Recidive bis jetzt (54jähr. Mann vor 9 Monaten und 71jähr. Mann vor 4 Jahren operirt); wie denn auch die Statistik bezüglich der Mortalität zu Gunsten der partiellen Exstirpation spreche, indem von den bis jetzt publicirten 11 halben Kehlkopfsexstirpationen nur ein Fall bald nach und in Folge der Operation gestorben sei und 3 von Recidiven befallen wurden. Als Vortheile der halben Exstirpation bezeichnet H.: Dass die Function des Organs nach derselben eine ungleich bessere sei, da die Patienten statt einer künstlichen Metallstimme, „welche immer an den Ton einer Kindertrompete erinnert", mit dem zurückbleibenden Stimmbande relativ sehr gut sprechen und in den meisten Fällen mit einer nach oben offenen Canüle sehr deutlich sich verständlich machen, ja, in vielen Fällen die Canüle ganz weglassen können. Wenn die räumliche Ausdehnung des Carcinoms es gestatte, solle die Operation daher so ausgeführt werden, dass ein Theil

der Cartilago thyreoidea, der eine Aryknorpel mit dem betr. Stimmbande und der halbe Ringknorpel zurückbleiben.

Die nachfolgende Beschreibung der Details der Operation bietet nur chirurgisches Interesse. Heinze.

Inhalt.

I. Originalien: Aschenbrandt: Ueber den Einfluss der Nerven auf die Secretion der Nasenschleimhaut. — Kirchner: Pityriasis versicolor im äusseren Gehörgange. — Voltolini: „Eine Verbesserung der Voltolini'schen Tauchbatterie. — II. Referate: a Otologische: Högyes: Neuere Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Acusticus-Reflexe. — Gruber: Ueber Blutungen aus dem Ohre. — Bürkner: Labyrinthläsion; Luxation und Fractur des Steigbügels durch directe Gewalt. — Blake und Walton: Ueber Gehörstörungen bei der Hysterie und den Einfluss der Hysterie auf die Entstehung von Ohrleiden. — Bettmann: Fractur der Schädelbasis mit Verletzung des Nervus accessorius Willisii. — Moos: Auftreten doppelseitiger Labyrinthaffection 15 Minuten nach 30stündigem Aufenthalte in der Taucherglocke. — Menière: Ueber acute Periostitis des Warzenfortsatzes. — Politzer: Zur Therapie der Labyrinthaffectionen. — Eitelberg: Zur Behandlung des schalleitenden Apparates mittelst der Lucae'schen Drucksonde. — b) Rhinologische: Zuckerkandl: Ueber den Circulations-Apparat in der Nasenschleimhaut. — Walsham: Einige Bemerkungen über die Behandlung der Gestaltveränderungen der Nase durch Verletzung. — Jarvis: Cocain in der Nasenchirurgie. — c) Pharyngo-laryngologische: Schiff: Uebersicht verschiedener Experimente über die Folgen der Exstirpation der Schilddrüse. — Szuman: Mittheilung eines Falles von Tetanie nach Kropfexstirpation. — Schramm: Beitrag zur Tetanie nach Kropfexstirpationen. — Obalinski: Zur Kropfbehandlung. — Rehn: Ein Fall von Spasmus glottidis bei Struma. Exstirpation der Struma. Heilung. — Jones: Zwei Fälle von Krankheit der Schilddrüse; Entfernung des Isthmus und eines Theils der seitlichen Lappen. Heilung, Bemerkungen. — Hunt: Cystentumor der Glandula thyroidea. — Schuchardt: Ein behaarter Rachenpolyp. — Balding: Sarcom der Mandel. — Pauly: Zur Entstehung der ringförmigen luetischen Pharynxstricturen. — Somma: Luftröhrenverengerung in Folge congenitaler Hypertrophie der Thymusdrüse. — Fraipont: Fremdkörper in der Trachea. — Pitts: Fremdkörper in der Luftröhre. — Cohen: Ein Fall von Lähmung des linken Stimmbandes in äusserster Abduction. — Finlayson: Bemerkungen über Kehlkopflähmung und Ungleichheit der Pupillen, geeignet bei der Diagnose eines Brustaneurysma zu helfen und auch zu täuschen. — Krampf im Kehlkopf. — Bride u. Russel: Larynxschwindel. — Hahn: Kehlkopfsexstirpation bei Carcinom.

Mit trauerndem Bedauern geben wir unseren Lesern Kunde von dem Hinscheiden unseres Specialcollegen, Prof. Dr. Louis Elsberg. Derselbe starb in New-York am 19. Februar d. J. an einer im Gefolge chron. Nephritis zugetretenen acuten Pneumonie. Was der College für die Laryngologie geleistet, ist den Lesern dieser Monatsschrift stets durch die Referate seiner zahlreichen, stets instructiven, zum Theil bedeutsamen Arbeiten in dieser Specialität vorgeführt worden. Er war der Begründer der Americ. laryngol. Gesellschaft, sowie der Archives of Laryngologie, die im Jahre 1880 bedauerlicher Weise eingingen. Für Amerika war E. der erste und tüchtigste Vertreter des Faches, welches er, ein Schüler Czermaks, dort zuerst praktisch übte und zu lehren begann in seiner bereits 1862 eröffneten Klinik für Halskrankheiten in New-York. — Geboren war E. im Jahre 1836 in Iserlohn (Preussen). F. S. A.!

W.-L.

Fehler-Verbesserungen in vor. Nummer:

Seite 84, Zeile 4 v. o. anstatt „C-Stimmgabel": lies „Stimmgabel";
„ 84, „ 17 v. u. „ „den verschliessenden Eingang" lies: „den, den Gehörgang verschliessenden Finger";
„ 88, „ 11 v. u. hinter „interessanten" ist einzuschalten: „Erwägungen";
„ 44, „ 5 v. o. statt „Wasser" lies: „Chlorzink-Watte";
„ 44, „ 24 v. u. lies: „exacerbirter" statt „exacerbiter".

Beiträge oder Referate beliebe man an Herrn Prof. Dr. Weber-Liel in Jena einzusenden; ebenso alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive, Separat-Abdrücke und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan, Berlin S. W., Alte Jacobstr. 6.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Burow** (Königsberg i. Pr.), Prof. Dr. **Gangbofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), DocentDr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Weil** (Stuttgart).

herausgegeben von

Dr. Jos. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität, Ohrenarzt d. Allg. Krankenhauses in **Wien**

Dr. J. M. ROSSBACH
o. ö. Prof. d. spec Pathol. u. Therap. u. Vorstand der medicin. Klinik an der Universität in **Jena**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in **München**

Dr. L. v. SCHRÖTTER
Prof. u. Vorstand d. Klinik für Halskrankh. an der Universität in **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität in **Breslau**

Dr. WEBER-LIEL
Prof. f. Ohrenheilk. u. Vorstand d. Ohrenklinik an der Universität in **Jena**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XIX. **Berlin, April 1885.** **No. 4.**

I. Originalien.

Ueber angeborenen knöchernen Verschluss der Choanen.

Von

Professor **Schrötter** in Wien.

Die fragliche Erkrankung gehört jedenfalls zu den grossen Seltenheiten, denn ich finde in der mir zugänglichen Literatur nur zehn Fälle verzeichnet. Nur drei von diesen wurden an der Leiche eingehender studirt und blos fünf, bei denen es sich übrigens nur um den Verschluss einer Choane handelte, wurden mehr minder genau mit dem Spiegel untersucht. Es verlohnt sich wohl, auf dieselben etwas näher einzugehen.

Der Erste, auf den in unserer Frage in der Literatur aufmerksam gemacht wird, ist von Otto in Breslau. (Lehrbuch der path. Anatomie, I. Bd., S. 181.)

Die bezügliche Stelle ist aber für uns vollkommen werthlos, denn sie lautet wörtlich: „Bei angeborener Verschliessung der hinteren Nasenöffnungen sind die Gaumenbeine sehr missstaltet."

Emmert (Lehrbuch der Chirurgie, Stuttgart 1883, Bd. II, S. 535) hat die erste Beobachtung am Lebenden und zwar an einem siebenjähr. Knaben gemacht, der des angeborenen Uebels halber nur mit grosser Mühe ernährt werden konnte. Beide Choanen waren durch eine knöcherne

Platte verschlossen, welche Emmert mittelst eines Troicarts durchbohrte und die gesetzte Oeffnung allmählig durch eingeführte Catheter erweiterte.

Luschka*) fand bei einem Mädchen, das bald nach der Geburt starb, beide Choanen durch eine knöcherne Platte, welche vom horizontalen Theile des Gaumenbeines ausging, verschlossen. Diese stieg in schiefer Richtung nach auf- und rückwärts, setzte sich nach oben mit gezähntem Rande an die untere Fläche des Keilbeinkörpers, seitlich mit zugeschärftem Rande an die Lamina interna processus pterygoidei an. In der Mittellinie verschmolzen die Platten mit ihren Rändern mit einander und liessen nach oben eine schmale Spalte frei, in welche sich der hintere Rand des rudimentären Os vomeris einschob.

Voltolini**) führt die Krankengeschichte eines Stud. med., mit Verstopfung der rechten Nasenhöhle von Kindheit her, an, die er auch in der gleichen Weise, wie ich, behandelte. Es scheint sich aber um eine häutige Verwachsung der Choane gehandelt zu haben.

Bitot***), der die Beobachtung an einem 7 monatlichen Fötus anstellte, scheint auch die Knochenplatten als vom Gaumenbeine ausgehend angenommen zu haben, da er sie mit dem Namen Ossa triangularia naso-palatina, wie solche bei einigen Fischen gefunden wurden, bezeichnete†).

Zaufal††) beobachtete an einem 15jährigen Mädchen den angeborenen Verschluss der rechten Choane. Die knöcherne Wand verlief, etwas nach vorne vom hinteren Rande der Choane entspringend, von vorne innen nach aussen hinten. Der Fall kam nicht zur Operation.

Einen zweiten Fall aus der Beobachtung Zaufal's führt Ziem gelegentlich seines Referates in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde (1883, No. 7, 3. Blatt) von einem 14jährigen Jungen, mit Verschluss der linken Choane, an.

Die Beobachtung von Betts†††) an einem 7monatlichen Fötus mit dem Verschluss beider hinterer Nasenöffnungen durch Knochenmasse finde ich bei Mackenzie (A manual of diseases of the Throat and Nose, vol. II, London 1884, pag. 477) angegeben.

Fränkel*†) erwähnt einen jungen Mann, bei dem in ganz ähnlicher Weise, wie sie Luschka beschrieb, die rechte Choane verschlossen war. Dr. Wolff hatte bereits von vorne her eine Oeffnung in derselben angebracht.

Endlich hat Dr. Sommer in Prag einen 19jährigen, sonst gesunden Mann in der dortigen Gesellschaft der Aerzte vorgeführt, bei dem die linke Choane durch eine mit normaler Schleimhaut bekleidete schiefstehende Platte vollkommen verschlossen war.

Im vorigen Jahre war mir Gelegenheit geboten, einen bezüglichen

*) Der Schlundkopf des Menschen, Tübingen 1868, S. 27.)
**) Die Anwendung der Galvanocaustik, Wien 1871, S. 260.
***) Archives de tocologie, Septb. 1876 und Gazette med. de Paris 1852.
†) Es findet sich dieses Citat im Handbuche von Ziemssen, Krankheiten des Respirationsapparates, I. Band, S. 123. Es war mir aber nicht möglich, das Original einzusehen.
††) Prager medicinische Wochenschrift 1876, No. 45.
†††) New-York med. Journal, Juli 1878.
*†) Ziemssen l. c. S. 123.

Fall zu beobachten und zu behandeln, und da derselbe nach mancher Richtung Interesse bietet, soll er näher mitgetheilt werden.

Die 19jährige M. Auer, Landwirthstochter, stammt aus gesunder Familie; weder Eltern noch Geschwister bieten irgend welche Anomalien dar. Das Mädchen selbst ist gut und kräftig gebaut, hat auch keine namhafte Krankheit überstanden, dafür aber leidet sie an einer Anzahl kleinerer Beschwerden. Mund und Schlund sind meist trocken, sie hat absolut kein Geruchsvermögen, Beeinträchtigung des Geschmackssinnes, bei längerem Aufenthalt in kalter Luft, sowie beim Weinen reichlichen Thränenfluss aus der Nase, öfteren Kopfschmerz, geringere Hörschärfe. An asthmatischen Beschwerden litt sie niemals.

Es fällt an der Kranken sofort der Gesichtsausdruck auf. Die Bulbi sind etwas vorspringend (eine Erscheinung, die auch Zaufal beobachtete), die Naso-labialfalten beiderseits verstrichen, der Mund beständig offen, die Unterlippe etwas herabhängend, das Muskelspiel an den Nasenflügeln fehlend. Die Sprache ist schwerer verständlich, von vollständig nasalem Character.

Bei der Untersuchung der Nase von vorne findet man beiderseits die unteren Nasenmuscheln fein höckerig, gleichmässig geschwellt, im Zustande vermehrter Blutfülle; die mittlere und die obere Muschel zeigen keine Veränderung. Durch die unteren Nasengänge, welche nicht namhaft verengert und secretfrei sind, vermag man nicht hindurchzublicken. Bei der Untersuchung von rückwärts mittelst des Spiegels sieht man die Schleimhaut an der Schädelbasis stärker gewulstet, vielfach zerklüftet, die Tubenwülste beiderseits deutlich ausgeprägt, die Tubenmündungen von normaler Weite, das Septum scharf contourirt, blassroth. Die Choanen sind von zwei diaphragmaartig ausgespannten, in der Richtung von oben nach unten etwas vertieften graugelblichen Membranen, welche sehnig glänzen, ein zartes, nach oben und unten etwas stärkeres Gefässnetz zeigen, ausgefüllt. Nahe ihrer oberen Peripherie sind sie, rechts etwas tiefer liegend, mit einer scharfrandigen, schiefgerichteten, höchstens stecknadelkopfgrossen Oeffnung, besser Grübchen, versehen.

Wiederholte Versuche, diese Lücken mit einer feinen gekrümmten Sonde zu passiren, bleiben erfolglos, dagegen gelingt es, den Knopf einer von vorne eingeführten Sonde an mehreren Stellen des Verschlusses durchscheinen zu sehen, namentlich beiderseits unten, und rechts auch oben. Bei dem Versuche, mit der Sonde in die Lücke einzugehen, merkt man, dass sich zwischen dem unteren und oberen Theile der Membran ein leistenartiger Vorsprung befindet, über den man hinüberholpert: es ist also die Membran in der Mitte am dicksten.

Um mir nun noch einen genaueren Begriff von den Dickenverhältnissen der Scheidewand zu verschaffen, habe ich noch folgende Durchleuchtungsversuche vorgenommen. Es wurde mittelst eines Reflectors Sonnenlicht (in dessen Ermangelung auch Magnesiumlicht) in die mittelst des Nasenspeculums weit dilatirte äussere Nasenöffnung geworfen, in die gut abgeblendete Mundhöhle, bei herabgedrückter Zunge, der rhinoscopische Spiegel eingeführt. Das so gewonnene Bild war höchst elegant. Die dunkelrosenroth durchleuchtete Membran war auf der rechten Seite nahe der äusseren Umrandung oben und unten von einer grösseren hellgelben Insel eingenommen; das feinmaschige Gefässnetz trat scharf hervor.

Um auch eine Durchleuchtung von hinten zu bewirken, bediente ich mich einer kleinen electrischen Glühlampe von ovaler Gestalt und 4 Mm. im Durchmesser haltend, nach rückwärts durch eine Metallhülse geschützt. Der Stiel, in welchem sich die Leitungsdrähte befanden, war von jener Krümmung, welche alle meine Instrumente für den Nasenrachenraum besitzen, und welche ich bereits zu wiederholten Malen beschrieben habe. Nachdem das Lämpchen hinter den weichen Gaumen hinaufgeführt worden, die Conductoren mit der galvanocaustischen Batterie in Verbindung gebracht und die äusseren Nasenöffnungen dilatirt worden waren, gelang der Versuch vollständig und zeigte durch diese dasselbe Bild wie früher, ähnlich den durchleuchteten, vor einer Lichtquelle gehaltenen, Fingern einer zarten Kinderhand.

Die von Professor Gruber vorgenommene otiatrische Untersuchung zeigte namentlich rechts verminderte Hörweite und beiderseits starke grubige Einziehung der Membrana tympani.

Nachdem die Kranke fleissig untersucht und mit der Sonde geübt worden war, wurde unter Einführung des Spiegels der Versuch gemacht, mittelst eines spitzen Cauters die Membran links von vorne her zu durchbohren. Gleich beim ersten Eingehen wurde eine vertical gerichtete spaltförmige Durchbohrung der Scheidewand hergestellt, hierauf mit dem Cauter die gesetzte Oeffnung nach unten und oben so erweitert, dass eine etwa 2 Mmtr. breite und etwa 1 Ctm. lange spaltförmige Oeffnung gebildet war, durch welche man die Luft durchstreichen hörte und die Kranke sich sofort schnäuzen konnte. Da der Schmerz sehr gering war und keine weitere Reaction erfolgte, wurde schon am nächsten Tage die Oeffnung nach innen zu erweitert und auch an der rechten Seite mittelst eines Knopfbrenners in der Mitte der Membran eine scharfumrandete Oeffnung gesetzt.

Bei den in den nächsten Tagen vorgenommenen weiteren Aetzungen mittelst Galvanocaustik und versuchsweise auch mit Kali causticum liess sich mit den Instrumenten beim Gleiten über die Ränder der Oeffnungen beiderseits ein sehr deutliches Kratzen, selbst auf Distanz, wahrnehmen, gerade so, wie wenn man mit der Sonde über einen cariösen Knochen hinfährt, und hieraus der Schluss gezogen, dass die die Choanen abschliessende Scheidewand knöcherne Beschaffenheit hatte. Ausserdem zeigte sich auch bei der Untersuchung mit der Sonde, dass die Knochenmasse an verschiedenen Stellen von verschiedener Dicke war, und namentlich nach aussen zu entschieden zunahm. Dies war auch der Grund, dass wir trotz wiederholter Cauterisationen mit der Erweiterung der gebildeten Oeffnung nur sehr langsam vorwärts kamen, weshalb ich mich entschloss, mit einem feinen gedeckten geraden Meissel von vorne einzugehen und die Ränder unter Einführung des Spiegels in dieser Weise abzutragen. Es geschah dies zu wiederholten Malen, so dass am 26. April die mittlere Nasenmuschel, der ober und mittlere Nasengang, beiderseits, auf der rechten Seite auch die obere Nasenmuschel, von hinten her zu überblicken waren. Nachdem noch einige Cauterisationen mit dem gekrümmten Galvanocauter von rückwärts her vorgenommen worden waren, blieben auf der rechten Seite nur einzelne zarte sichelförmige Leistchen, an der linken Seite zunächst dem Septum noch ein etwas dickerer Rand zurück. Da die Kranke aber vollkommen gut Luft durch die Nase hatte, sich leicht schnäuzen

konnte, die Sprache und der Gesichtsausdruck auffallend geändert, namentlich der letztere gewiss der normale geworden war, wurde sie am 13. Mai in ihre Heimath entlassen.

Wir bewahren an der Klinik sowohl die Photographie der Patientin, eine vor der Operation, die andere vor ihrer Entlassung, als auch zwei Zeichnungen des Choanalbildes, vor und nach der Operation aufgenommen.

Auch das Geruchsvermögen war zu Stande gekommen, allerdings in unvollkommener Weise, indem die Kranke nur Unterschiede zwischen starken und schwachen Eindrücken machen, feinere qualitative Differenzen jedoch nicht wahrnehmen konnte.

Wie aus dem Ganzen zu entnehmen, bietet der Fall die grösste Aehnlichkeit mit dem von Emmert, indem es sich in allen anderen Fällen nur um einseitigen Verschluss handelte. Was diesen selbst anbelangt, so muss ich gestehen, dass ich nicht wenig erstaunt war, denselben nach den Ergebnissen der Operation als aus Knochenmasse bestehend gefunden zu haben. Wenn es auch richtig ist, dass ich beim Eingehen mit der Sonde von vorne her einen beträchtlichen Widerstand fühlte, so gaben andererseits die Beleuchtungs- und Durchleuchtungsversuche ein so auffallendes Resultat, dass ich nur an einen membranösen und nicht knöchernen Verschluss der Choanen dachte. Hätte ich diese Natur des Verschlusses rechtzeitig erkannt, so würde ich sicher, wie auch in Zukunft, einen anderen Operationsplan eingeschlagen haben; ich würde es nämlich versuchen, zuerst die Ränder der Verschlussplatten zu durchbohren oder doch beträchtlich zu verdünnen. Mehrere Beobachter geben an, dass die Knochenplatten schief standen, in unserem Falle von unten und vorne nach oben und hinten, in einem Falle von Zaufal sogar schief in der Weise, dass die Platte von innen vorne nach aussen und hinten verlief.

Bei der geringen Anzahl von Beobachtungen lässt sich bei der einseitigen Missstaltung kein Verhältniss angeben, welche Seite etwa häufiger betroffen wurde.

Ansichten über die Art der Entstehung liegen nur zwei vor: Luschka lässt die verschliessende Knochenplatte, wie oben angegeben, von der Pars horizontalis des Gaumenbeines ausgehen und nach auf- und rückwärts zur unteren Fläche des Keilbeins emporsteigen. Mir scheint jedoch die Ansicht von Prof. Kundrat*) viel wahrscheinlicher. Bei Gelegenheit der Beschreibung eines einschlägigen Präparates nämlich sagt dieser Autor: „Die Nasenhöhle ist kurz, nieder, schmal und nach hinten abgeschlossen, indem die verticalen Antheile der Gaumenbeine dicht an einander treten und so eine dicke knöcherne Wand bilden, die ungefähr dreieckig ist, einen unteren, von einer Seite zur anderen ausgeschweiften Rand, der fast bis in's Niveau der horizontalen Gaumenplatte reicht, und eine obere Spitze besitzt, die zwischen den mit ihren Wurzeln einander sehr genäherten Flügeln des Keilbeins an dessen Körper stösst."

Ferner auf S. 62 unten: „Zuweilen wird auch ein Verschluss der Choanenöffnung beobachtet, und zwar dadurch, dass die verticalen Antheile der Gaumenbeine sich wie eine Coulisse gegen die Mittellinie schieben, so den dreieckigen Raum zwischen Körper und Flügelfortsätzen

*) Arhinencephalie als typische Art von Missbildung, Graz 1882, pag. 41.

des Keilbeins ausfüllen und eine knöcherne Scheidewand bilden. Dieselben sind in dieser, nach den bisher beobachteten Fällen, durch eine mediane Naht verbunden (Fall von Bitot und mein IV. Fall)."

Wenn es demnach nach Obigem schon von vorneherein am wahrscheinlichsten ist, dass das Excediren im Wachsthume eher von den Seiten als von unten herauf, wofür keine Analogie besteht, stattfindet, so ist gerade der Fall von Kundrat geeignet, die Richtigkeit dieser Ansicht zu zeigen, da ja in diesem gar keine horizontalen Theile bestehen, und dennoch die Verwachsung zu Stande gekommen ist. Für die Richtigkeit in unserem Falle spricht auch, dass die Knochenmasse nach aussen hin, also von ihrer Entstehungsstelle her, viel dicker war als gegen die Mitte zu.

Ueber die Beschwerden, welche das Uebel mit sich bringt, brauche ich nichts weiter zu sagen. Es ist auffallend, dass die Kranke so spät Hilfe suchte, eine Indolenz, welche man leider so häufig findet. Hier mag eine gewisse Entschuldigung darin gefunden werden, dass, nachdem die grossen Schwierigkeiten in der Ernährung des Kindes überwunden waren, nicht nur eine Gewöhnung von Seiten der Umgebung, sondern selbstverständlich auch von Seiten des Patienten zu Stande kam.

Ueber die Art der Untersuchung und der Behandlung glaube ich Ausreichendes gesagt zu haben. Merkwürdig muss das Gefühl eines 19jährigen Menschen sein, die vollkommen neue Erscheinung des Luft durch die Nase Durchstreichens, also auch des Schnäuzens, kennen zu lernen, noch mehr aber eine neue Sinnesempfindung, den Geruch, wahrzunehmen.

Die Behandlung superficieller Caries und Necrose im äusseren Gehörgang und in der Paukenhöhle mit Schwefelsäure.

Von

Weber-Liel.

Vor etwa 10 Jahren empfahl Dr. Simrock (New-York) die Application von Acid. sulf. zur Herstellung einer länger persistent bleibenden Oeffnung im Trommelfell. Während der Versuche mit diesem Mittel zu dem angegebenen Zwecke wandte ich dasselbe, da es gerade zur Hand, auch zur Beseitigung kleiner polypoider Excrescenzen im Meat. ext. an. Dabei wurde die Erfahrung gemacht, dass nicht nur Granulationen, welche so oft circumscripte, cariöse Stellen umwallen und daraus hervorwuchern, leicht durch die Säure zum Schwinden gebracht wurden, sondern auch die vorher mittelst der Sonde als rauh und blossliegend, kurz, cariös erkannten unterliegenden Knochenparthien oft auffallend schnell, gesundem, neugebildetem Knochengewebe Platz machten. Seitdem ist die Schwefelsäure mein einziges, weil sicherstes Mittel zur Heilung circumscripter Caries, zur Eliminirung superficieller, necrotischer Stellen im äusseren Gehörgang und der Trommelhöhle geblieben und haben sich zahlreiche Zuhörer seit 8 Jahren in meinen clinischen Cursen von der

trefflichen Heilwirkung des Mittels zu überzeugen Gelegenheit gehabt, wie ich denn auch in der Sitzung vom 19. December 1873 des inzwischen eingegangenen Berliner medicinischen Vereins darüber berichtete und einen Patienten, bei dem eine ausgedehnte Caries im äusseren Gehörgang durch SO_3 geheilt worden war, vorgestellt hatte.

Meine Applicationsweise der Schwefelsäure (je nachdem Acidum sulfur. purum oder Acidum sufuric. dilut.) ist folgende:

Eine Silbersonde, gegen ihr Ende hin und um den Knopf herum mit tiefen Kerben und Riefen versehen, wird in die Säure getaucht (wobei die Flüssigkeit der Riefen wegen leichter haften bleibt und nicht abläuft), und streiche ich damit unter leisem Druck über die Granulationen, halte diese in längerem oder kürzerem Contact mit der Säure, oder aber das andere, spitze, ebenfalls geriefte Sondenende wird mehrmals in die Granulationen eingestochen, wodurch die Necrotisirung des krankhaften Gewebes noch schneller vor sich geht. Sind die Excrescenzen nach einigen Tagen unter Bor- oder Salicylsäurepulver-Bestäubung und Watteverband verschwunden, so wird ein kleines, dem Umfang der kranken Knochenparthie entsprechend grosses, festgewickeltes, in Acidum sulfur. pur. getauchtes Wattepfröpfchen mittelst Pincette oder Sonde auf die vorher trocken abgetupfte cariöse Stelle gedrückt und einige Secunden damit in Contact gehalten. Sollte der hierbei entstehende Schmerz etwa zu intensiv werden, so entferne man das Pfröpfchen mit der Säure. Doch habe ich gefunden, dass, je länger Patient den Contact und den Schmerz — welcher nur dann heftiger sich zu äussern beginnt, wenn unvorsichtiger Weise gesundes Gewebe mit tangirt worden ist — zu ertragen zugiebt, desto schneller danach die periostale und Knochenregeneration einsetzt. Es gilt dies übrigens nur für die Caries resp. kleine necrotische Stellen im äusseren Gehörgang; solche in der Trommelhöhle dürfen nur einige Augenblicke mit der Schwefelsäure in Berührung gelassen werden. Hält der Schmerz nach Entfernung der Säure noch lange an, so wird derselbe durch Einschieben und Ueberdecken der schmerzenden Parthien mit trockner Watte, durch Ueberblasen der Parthie mittelst der Ballondouche, noch besser durch Eingiessen alcalisirter Milch in den äusseren Gehörgang bald gehoben. Hat sich nun nach einigen Tagen der Schorf von den durch die Schwefelsäure necrotisirten Gewebstheilen abgestossen, so gewinnt man zuweilen schon nach einmaliger Anwendung der Schwefelsäure die Genugthuung, eine mit gesunden Granulationen von den Rändern her sich deckende Wunde zu finden. Oder aber die cariöse Parthie bleibt kraterförmig umwallt, leicht blutend bei Berührung mit der noch immer auf rauhen Knochen stossenden Sonde: dann wiederhole man eben die Aetzung mit einem in die Mitte der kranken Parthie einzudrückenden, schwefelsäuredurchfeuchteten Wattepfröpfchen. Ich denke mir, dass die exacte Heilwirkung der Säure auf verschiedene Momente zurückzuführen sein dürfte: einmal auf die die phosphor- und kohlensauren Salze der kranken Knochen auflösende, dann auf die desinficirende Eigenschaft der Säure, welche ausserdem noch ein (wie ein anderer Beobachter meint) die Cicatrisation förderndes Stimulans abgiebt. Da man öfter zu beobachten Gelegenheit hat, wie unter dem Contact der Schwefelsäure mit dem vorher sorgfältig abgetupften kranken Knochen sich an dieser Stelle knisternd Bläschen

erheben, so dürfte dies doch wohl nur auf die Kohlensäure-Entwicklung und den chemischen Process der Knochenauflösung unter Bildung schwefelsaurer Salzpartikelchen, welche dann weiter mit dem Eiter eliminirt werden, zurückzuführen sein. Als ich vor Jahren gerade mit Versuchen zur Eruirung dieser Frage beschäftigt war, — erschien in den Transactions der Americ. otolog. Gesellschaft vom Jahre 1878 ein kurzer Aufsatz: „On the use of sulfuric acid as a local application in cases of disease of the bones of the ear and the mastoid" von A. Mathewson. Daraus ergab sich, dass ich bis dahin durchaus nicht der Einzige gewesen, welcher die Schwefelsäure bei Knochenkrankheiten, speciell auch bei solchen des Gehörorgans, als Heilmittel in Anwendung gezogen hatte. Es soll vielmehr schon George Pollok am St. George's Hospital in London (Lancet, May, No. 28, 1870) die Schwefelsäure bei Knochenleiden mit Erfolg vielfach versucht haben, wie dies auch von amerikan. Zahnärzten geschehen sei. Einer derselben, William Jarvis, nun habe ihn, Mathewson, zu Versuchen mit dem Mittel bei Caries der Ohrknochen veranlasst, und zwar sei dies zunächst mit gutem Erfolge in 3 Fällen von Affection des Warzenfortsatzes geschehen. In zwei davon habe es sich um Caries des Proc. mastoid. bei Kindern gehandelt. Hier sei durch Application des Acid. sulf. aromaticum auf den kranken Knochen mittelst eines Atropin-Tropfgläschens die Exfoliation und Cicatrisation sehr beschleunigt worden und ebenso bei einer Frau, bei welcher die Caries die Folge einer Otitis med. ac. gewesen; es sei die Fleischwunde durch Wattebüschel erweitert worden und nun habe man unter mässigem Schmerz reine Schwefelsäure (in welcher Weise?) auf den Knochen wirken lassen. Bei obstinater chron. Otitis media wurde Acid. sulf. aromat. in den Gehörgang getropft, ohne dass heftige Schmerzen eingetreten seien. Schon nach wenigen Wiederholungen dieser Medication sei eine mehrjährige Otorrhoe vollkommen geschwunden. Uebrigens habe der Specialcollege Herr Dr. Blacke ihm mitgetheilt, dass er gleich gute Resultate von der Schwefelsäure gehabt.

Inzwischen verlautete in unserer Litteratur nichts weiter von diesem hier so gerühmten Mittel, bis neuerdings Dr. Ed. Woakes, Ohrenarzt am London-Hospital, in der Juli-No. 1884 der Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc., einen Aufsatz über dieselbe Sache veröffentlichte unter dem Titel: „On limited caries of the fundus, a frequent cause of obstinate otorrhoea with suggestions as to treatement. Dr. Woakes scheint auch selbstständig auf die Schwefelsäure-Therapie verfallen zu sein, da er die früheren Publicationen, weder die von Pollok noch von Matthewson noch auch dessen Aufsatz vom Jahre 1878 erwähnt. Er sagt: „Als Grund der jedem Heilversuch oft widerstrebenden Otorrhoe erweisen sich gar nicht selten bei der Untersuchung mit der Sonde circumscripte cariöse Processe und Necrose des Knochens, die verdeckt von Granulationen, meist im Tympanum oder an der Umrandung des Trommelfells sich finden. Für diese Fälle rühmt Herr Dr. W. Acidum sulfur. dilut. (der Brit. Pharmac. 9 pCt.), welches Präparat je nach Bedürfniss in verschiedenem Grade verdünnt, erwärmt in den vorher ausgetrockneten Gehörgang einzugiessen und etwa eine halbe Stunde bei geneigter Lage des Kopfes in demselben zu lassen sei. Erscheine die Reizung zu stark, so müsse in den betref-

fenden Fällen die Solution verdünnt werden. Zur Illustration der trefflichen Wirkung der in dieser Form angewandten Schwefelsäure werden 2 Fälle angeführt.

1) Starke Otorrhoe bei einer Patientin seit 3 Jahren. Das rechte Trommelfell zum grösseren Theil überdeckt mit Granulationen. Entfernung derselben mittelst einer caustischen Paste und Einblasen von Acid. borac. Nur vorne oben vor dem Hammer blieb ein Rest, wobei sich durch die Sondenuntersuchung ergab, dass gerade am Paukenring eine rauh sich anfühlende freie Knochenstelle vorlag. Ordination: 3 Mal tägliches Eingiessen einer erwärmten Lösung von Acid. sulf. dil. 1 : 3. Nach vier Wochen vollkommene Heilung. — Im 2. Falle fand sich eine schmale cariöse Stelle an der oberen hinteren Parthie des äusseren Gehörgangs nahe dem Trommelfell, umgeben von Granulationen, welche die obere Hälfte der Membran überdeckten. Nachdem letztere wiederum durch caustische Paste und Acid. bor. beseitigt waren, Anwendung der Schwefelsäure wie in vorigem Fall. Nach 3 Wochen vollständige Cicatrisation und seit 3 Jahren kein Rückfall.

Den bemerkenswerthesten Fall, welchen mein eigenes Kranken-Journal, die prompte Heilung der Schwefelsäure-Application betreffend, enthält, ist folgender:

Carl Meffert, Brauer, 32 Jahre alt, stellte sich am 8. Mai 1877 vor, klagend über rechtsseitigen Ohrenfluss mit öfteren Schmerz- und Schwindelanfällen seit 5 Jahren. Die Absonderung ist dünneitrig, äusserst übelriechend, sehr copiös, zuweilen blutig. Die Wände des äusseren Gehörgangs sind, besonders von oben und hinten her, verschwollen und drängen sich, von der mittleren Parthie der hinteren, teigigt infiltrirt anzufühlenden oberen Gehörgangswand entspringend, leicht blutende polypoide Massen vor. Nach deren Beseitigung durch Galvanocaustik und einfach trockener Reinigung des Gehörganges konnte man vom Trommelfell die untere Parthie glanzlos, geröthet, stellenweise epithelberaubt, jedoch nicht perforirt (was auch durch die Luftdouche erkannt wurde), sehen. Bei der Untersuchung mit der Knopfsonde erwies sich die ganze, am folgenden Tage bereits wieder mit wuchernden, leicht blutenden Granulationen überdeckte Wundfläche nicht nur, sondern auch die nächste Umrandung schmerzhaft. Die Sonde constatirte eine wohl 5—6 Mm. im Diameter grosse rauhhöckerige, periostberaubte, flach-kraterförmige Stelle, in deren Umgebung man bei stärkerem Drucke in erweichte Knochenmasse eindringen zu können schien. Patient erklärte, jeden Schmerz gern ertragen zu wollen, so er nur schnell von seinem Leiden befreit werde. Mit der Pincette drückte ich nun einen entsprechend grossen, festgedrehten, in reine Schwefelsäure getauchten Wattepfropf auf die erkrankte Parthie; darüber wurde ein ölgetränktes Wattebäuschchen fest eingeschoben, damit der Schwefelsäurepfropf nicht aus der Lage käme. In der Hoffnung auf beschleunigte Heilung ertrug Patient die heftig sich geltend machenden Schmerzen; für den Fall, dass dieselben unerträglich werden und länger andauern sollten, erhielt er die Anweisung, nach einigen Stunden zurückzukehren. Aber erst anderen Tages erschien der Mann wieder unter der Angabe, dass die Schmerzen, nach und nach abnehmend, bis in die Nacht angedauert hätten, er habe sich mit kalten Umschlägen Linderung verschafft. In der Tiefe des fast ganz ver-

schwollenen Gehörganges sah man die cauterisirte Parthie mit einem schwärzlich missfarbigen Schorf bedeckt. Ordination: täglich 2malige Seifenlösung-Ohrbäder. Nach 2 Wochen erschien Patient erst wieder, sich bedankend für die schnelle Cur. Die Eiterung hatte ganz cessirt. Bereits zeigte sich Ohrenschmalzabsonderung in dem normal weiten Gehörgang; die cariös gewesene Stelle war nur mehr durch eine unregelmässig ovale, glänzende Depression gekennzeichnet. Ich denke, mehr kann man von keiner Curmethode verlangen; ich hatte ein derartig schnelles Resultat selbst nicht erwartet. Uebrigens wandte ich, seitdem mir die Mathewson'sche Methode der Schwefelsäureanwendung bekannt geworden war, auch diese öfter an in Fällen, wo es sich um schwer mit einem Wattepfropf erreichbare, circumscripte, kleine cariöse Processe an der Umrandung des Trommelfelles und der Paukenhöhle handelte und muss gestehen, dass auch diese sich mir nicht selten trefflich bewährt hat.

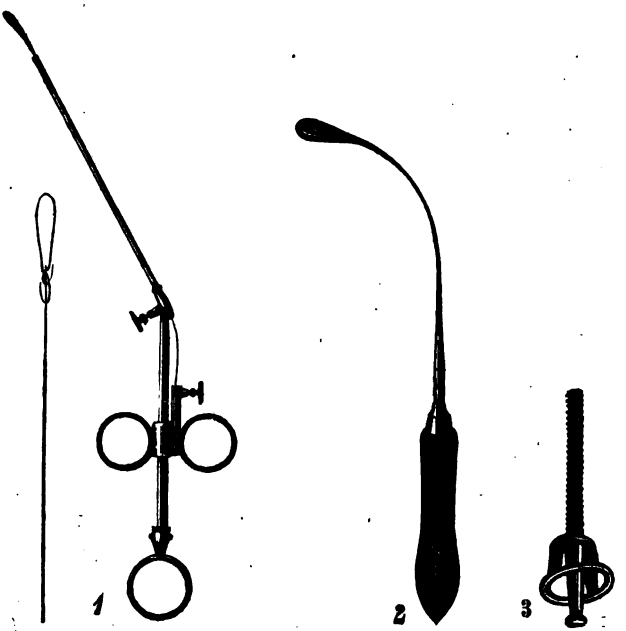
Ein modificirter Polypen-Schlingenschnürer, eine Kehlkopfcurette und ein Nasentamponträger.

Von

Dr. **H. Krause** in Berlin.

Die 3 hier abgebildeten Instrumente erlaube ich mir den Fachgenossen zur Prüfung zu empfehlen.

Figur 1 stellt einen Schlingenschnürer dar, dessen Vorzug vor



den üblichen mir darin zu bestehen scheint, dass die Schlinge, nachdem sie in den Lauf zurückgezogen ist, ohne Weiteres wieder vorgeschoben werden kann. (Bekanntlich ist schon von Störk eine Vorrichtung angegeben worden, die den gleichen Zweck hatte. Indessen hat trotz seiner sinnreichen Einrichtung das Instrument, wie es scheint, in Folge seiner durch mehrfache Schraubenwindungen bewirkten Complicirtheit und des recht umfangreichen Laufes, keine grosse Verbreitung gefunden.)

An meinem Instrumente wird die Drahtschlinge in einer gehärteten Drahtstange, welche unten in den Griff eingeschraubt wird und nach oben in eine von mehreren Löchern durchbohrte Platte endigt, derart befestigt, dass sie von beiden Seiten her (siehe die Zeichnung) durch die Löcher hindurchgeführt, hierauf an ihren beiden Enden hakenartig umgebogen und mit einer Flachzange an die Platte angedrückt wird. Die angegebene Befestigung der Schlinge ist sehr einfach und so stark, dass man, ohne eine Lockerung oder ein Nachgeben derselben fürchten zu müssen, erforderlichen Falles einen sehr kräftigen Zug ausüben kann.

Dem Instrumente werden mehrere Drahtstangen, so dass man mehrere Schlingen vorräthig halten kann, und Röllchen von besonders sorgfältig gefertigtem, stark federnden und sehr widerstandsfähigen Draht beigegeben.

Figur 2 repräsentirt eine Kehlkopfcurette, welche der Uteruscurette oder auch dem V. Lange'schen sogen. Ringmesser, besser wohl: Nasenrachenraumcurette, nachgebildet ist. Das Instrument empfiehlt sich zur Anwendung sowohl bei Kehlkopfoperationen en masse, wie bei Entfernung von Papillomen, papillären Excrescenzen (auch auf der hinteren Larynxwand, da es auf beiden Seiten geschärft ist), als auch bei Beseitigung von fibrösen Polypen, welche auf den Stimmbändern aufsitzen.

Figur 3 Nasentamponträger ist bereits auf dem Kopenhagener Congresse demonstrirt worden. Ein ovaler Ring, welcher sich genau der Form der Apertura pyriformis nar. anfügt und je nach den individuellen Dimensionen der Nasenöffnung in verschiedenen Grössen hergestellt wird, trägt einen Bügel, durch welchen eine mit einem Gewinde versehene, nach unten mit einer knopfförmigen Handhabe endigende Stange läuft. Um den ovalen Ring wird ein Gummistreifen gelegt. Die Stange trägt den Wattetampon. Das Instrument, welches abwechselnd in beiden Nasenhälften (je 3 Stunden lang) getragen wird, ist sehr bequem zu handhaben, und hat sich mir für die Anwendung der Gottstein'schen Tamponade bei Behandlung der Ozaena und Pharyngitis sicca, bei deren langer Dauer es den Patienten bald unentbehrlich wird, seit mehr als 3 Jahren vortrefflich bewährt.

Die beschriebenen Instrumente werden von dem Fabrikanten H. Reim (jetziger Inhaber H. Pfau) in Berlin NW., Dorotheenstr. 67, gefertigt.

Ein Watte-Halter für den Kehlkopf.

Von Dr. **Nitsche** in Salzbrunn.

Ich erlaube mir hiermit die Herren Collegen auf einen nach meinen Angaben von Herrn Instrumenten-Fabrikanten Härtel in Breslau con-

struirten Watte-Halter für den Kehlkopf aufmerksam zu machen. Derselbe ist im Princip nicht neu und besteht wesentlich aus einer mässig starken Kehlkopfsonde, welche in zwei federnde, durch einen kleinen verschiebbaren Ring zusammengehaltene Branchen endigt und die Möglichkeit gewährt, sowohl grössere, wie auch ganz kleine Wattekügelchen sicher in den Kehlkopf einzuführen. Die Vortheile der Watteanwendung mit diesem äusserst handlichen Instrumentchen gegenüber dem Pinsel sind zunächst die absolute, durch stete Watteerneuerung und Ausglühen des Halters ermöglichte Desinfection, dann aber auch die leichte und genaue Application flüssiger medicamentöser Stoffe auf einzelne Stellen des Kehlkopfes (Geschwüre, Granulationen etc.). Das Instrument nimmt eben nicht mehr Raum ein als eine Kehlkopfsonde, während das dem Zwecke angepasste Wattekügelchen lediglich die nothwendige Menge des Mittels zu fassen braucht.

Fall von Riesenzellen-Sarcom im Munde bei einem Kinde, erfolgreich operirt.

Von

Dr. **Th. Schindler** (Bielefeld).

Am 14. April 1883 stellte mir eine Frau P. ihre am 20. Februar 1871 geborene, cachectisch, elend aussehende Tochter vor, da dieselbe weder essen noch auch ordentlich sprechen könnte. Auf die an sie gestellten Fragen gab dieselbe nur mühsam Antwort; man sah, dass ihr das Sprechen beschwerlich wurde. Das Gesicht war entstellt; die linke Seite der Unterlippe trat gegen die rechte um circa 1 Cm. vor; dabei standen die Zahnreihen circa $^1/_2$ Cm. weit von einander und konnten auch mit Gewalt einander nicht näher gerückt werden. Die Ursache hiervon war eine vom Boden der Mundhöhle unterhalb der Zunge ausgehende wallnussgrosse Geschwulst. Diese drängte die Zunge nach hinten und oben, und hinderte deren Beweglichkeit. Bei der leisesten Berührung blutete die Geschwulst und war die Blutung schwer zu stillen. Blutungen traten durch die Bewegungen veranlasst fast jeden Tag auf, weil die Geschwulst durch die Zwischenräume dreier Zähne (der beiden Schneidezähne und des linken Eckzahns) durchgewachsen war und an der äusseren Seite die Unterlippe ca. 1 Cm. weit vordrängte. Anamnestisch ergab sich, dass Patientin bis vor dem 6. Jahr gesund gewesen bis auf ein Darmleiden, das im 6. Jahre aufgetreten war. Vor etwa $1^1/_2$ Jahren aber habe sich ohne bekannte Veranlassung zwischen den Zähnen ein kleines Geschwür gezeigt, welches trotz jeder Behandlung stetig an Umfang zunahm. Am 16. April entfernte ich die Geschwulst mit der galvanocaustischen Schneideschlinge, indem ich den Platindraht zwischen Geschwulst und Zunge bis auf den Boden der Mundhöhle durchführte und dann die ganze Masse bis zu der Innenfläche der Zähne abglühte. Als nach einigen Tagen dies verheilt war, wurden theils mit dem Messer, theils mit der Schlinge diejenigen Partien fortgebrannt, welche zwischen den Zähnen vorragten und die Unterlippe vordrängten.

Der Boden der Mundhöhle blieb von jetzt ab völlig frei, während vom Zahnfleisch jedoch immer neue Wucherungen sich erhoben, so dass nach 4 Wochen Gewebsmassen von der Grösse einer Bohne wieder entfernt werden mussten. Die von mir gemeinschaftlich mit dem jetzt in Sumatra weilenden Collegen Dr. Zahl vorgenommene microscopische Untersuchung der entfernten Geschwulst ergab, dass es sich um ein Riesenzellensarcom handelte. Um indess völlige Gewissheit hierüber zu erlangen, sandte ich einige entfernte Gewebe an Herrn Prof. Dr. Grohe nach Greifswald und schrieb derselbe mir darüber alsbald Folgendes:

„Die mir unterm 20. d. Mts. überschickten Geschwulsttheile vom Unterkiefer eines 12jährigen Mädchens ergaben sich bei der microscopischen Untersuchung sofort als ein Riesenzellensarcom. Die Neubildung ist sehr gefässreich; die Gefässe sind sehr weit und dünnwandig, wodurch sich die Neigung zu Blutungen und die Schwierigkeit, dieselbe zu stillen, erklärt. Es steht zu befürchten, dass noch mehr Recidive kommen werden, indem die durch den Gefässreichthum üppig wuchernde Aftermasse bei der Grösse der primären Geschwulst wohl schon bis in das Markgewebe des Unterkiefers eingedrungen sein mag. Unter diesen Verhältnissen wird natürlich eine Resection des Unterkiefers unausbleiblich sein. Eine derartige Geschwulst bei einem so jungen Individuum ist mir noch nicht vorgekommen. Bei älteren Personen sind ebenfalls die Kieferknochen und die Epiphysen der Lieblingssitz des Riesenzellensarcoms. Hoffentlich gelingt es Ihnen durch kräftige galvanocaustische Cauterisation den Process zum Stillstand zu bringen, damit der armen kleinen Patientin der Unterkiefer erhalten bleibt. Folgen aber die Recidive rasch, so verschieben Sie die Resection nicht, denn der Process wird im Markgewebe rapid sich verbreiten, während die compacte Oberfläche noch ganz intact ist."

Daraufhin entfernte ich die 3 Zähne, durch welche das Sarcom gewachsen war, und brannte die entstandenen Lücken tief aus, liess ferner jeden Tag einen Spray aus 10pctgr. Chloroform- und Carbolsäurelösung scharf auf die Stellen einwirken. Trotz alledem hatte sich bereits nach 4 Wochen wieder aus jeder der 3 Zahnlücken ein schwammiger Kegel von der Dicke eines Federhalters entwickelt. In Folge dessen beschloss ich, auf den Rath Grohe's den erkrankten Theil des Unterkiefers galvanocaustisch zu reseciren. Vorher wurde das Zahnfleisch der stehengebliebenen Zähne mehrmals mit Chloroform und danach mehrfach mit einer Morphiumlösung (morph. mur. 0,5, glycerin. 5,0, erwärmt gelöst, 5 Wasser) überpinselt, wonach eine solche Unempfindlichkeit eintrat, dass ich sämmtliche Knochen und Weichtheile des Alveolarrandes neben jenen beiden Zähnen mit einem Messer bis zum compacten Knochen des Unterkiefers durchschneiden konnte (am 5. April 1884). Durch die beiden Schnitte führte ich die Schlinge des 0,8 Mm. starken Platindrahtes der Schneideschlinge und entfernte galvanocaustisch sämmtliche Gewebsmassen. Nunmehr lag eine völlig glatte und reine Knochenfläche vor, die noch mehrere Tage mit obiger Carbollösung bespritzt wurde. Ein Recidiv trat nicht mehr ein und zeigte die am 10. Januar 1885 vorgenommene Untersuchung eine völlige Verheilung der ganzen Fläche; überdies war das Mädchen inzwischen kräftig und gesund geworden, dass sie kaum wiederzuerkennen war.

Eine Verbesserung der Voltolini'schen Tauchbatterie.

Erwiderung an Herrn Prof. Voltolini.

Von

Dr. **C. Keller** in Cöln.

Herr Prof. Voltolini hat in No. 3 dieser Monatsschrift gegen meine Behauptung, dass die von mir getroffene Veränderung an seinem Apparate eine Verbesserung desselben bedeute, mehrere Einwürfe erhoben, welche mich zu einer kurzen Erwiderung veranlassen. Zunächst sollen die Messingtheile auf die Dauer oxydiren und dadurch zu Stromschwächungen Veranlassung gegeben werden; ferner seien die Contacte nicht so innig als bei Schraubenverbindung; drittens soll der offenen Zwischenräume der Elemente wegen es nicht thunlich sein, das Operationsinstrument oder sonstige Gegenstände aus der Hand auf die Batterie zu legen, da dieselben zu Stromstörungen führen oder in die Flüssigkeit hineinfallen könnten. Alle diese Einwendungen würden nicht erhoben worden sein, wenn Herr Prof. Voltolini, was ich seinen Ausführungen nach absolut ausschliessen muss, aus eigener am Apparate gewonnener Erfahrung gesprochen hätte; er würde alsdann gleich mir nach vielmonatlicher, fast täglicher Benutzung der Batterie keine Spur von Oxydation an den vernickelten Messingtheilen gefunden haben; er würde aus der andauernd vorzüglichen Stromesintensität den besten Beweis für den vollkommenen Contact ersehen und sich weiterhin überzeugt haben, dass gar nichts im Wege steht, das Operationsinstrument, wie ich dies stets zu thun pflege, auf die Batterie zu legen; andere Dinge, Sonden, Specula und dgl. habe ich auch früher nie auf den Apparat, der ja dadurch verunreinigt werden könnte, sondern auf den nebenstehenden Tisch gelegt; doch scheint mir dieses Moment von etwas untergeordneter Bedeutung. — Ich hatte nun besonders hervorgehoben, dass gerade für die Amalgamirung die von mir getroffene Einrichtung grosse Vortheile biete. Herr Prof. Voltolini legt nun hierauf keinen Werth; er amalgamirt selten oder gar nicht, weil die einmal gut amalgamirten Zinke vom Quecksilber völlig durchsetzt seien. Meine Erfahrungen in diesem Punkte stimmen dagegen mehr mit denjenigen überein, welche Herr Prof. Voltolini in seinem eigenen Buche über die Anwendung der Galvanocaustik im Innern des Kehlkopfs etc. niedergelegt hat, wo er sagt, dass bei dem Amalgamiren mit regulinischem Quecksilber letzteres fast bis zur Mitte eindringe (also doch jedenfalls von der Oberfläche progressiv abnehmend und die Mitte nicht mehr erreichend); dass die Amalgamirung alle 1/4 oder 1/2 Jahre zu wiederholen sei, dass es überhaupt von der Güte des Zinks abhänge, wie oft amalgamirt werden müsste; dass das sich heftig entwickelnde Gas immer den Massstab abgebe, dass es Zeit sei, das Amalgamiren auf's Neue vorzunehmen. So habe ich es auch gefunden und kann nur dazu rathen, von Zeit zu Zeit zu amalgamiren.

Nicht nur mir, sondern wie ich bestimmt weiss, auch manchem Andern ist oft genug der Wunsch gekommen, an dem sonst so vorzüglichen Voltolini'schen Apparate eine Vorrichtung zur leichten Entfernung und Wiedereinfügung der Elemente zu besitzen, sei es zum Amalgamiren, zur Revision, Reinigung u. dgl.; mögen immerhin die Elemente in Wasser abgespült werden, es setzt sich bei häufiger Benutzung mit der Zeit auf die Zink-

platten eine schlammige Masse ab, welche eine Reinigung erfordert; auch für die Kohlen scheint mir eine Auslaugung mit nachfolgender Trocknung zeitweise sehr zweckmässig. Alle diese Manipulationen werden durch die neue Art der Einschaltung der Elemente ausserordentlich erleichtert, ohne dass die Stromstärke oder die Brauchbarkeit der Batterie im Geringsten beeinträchtigt wird. Ist dies nicht eine Verbesserung zu nennen? Und weiterhin — wenn eine Kohle zerbricht oder sonst ein Element abgenutzt ist, so braucht man nicht, wie bisher, den ganzen Apparat zum Instrumentenmacher zu schicken; selbst für völlig neue Armirung mit Zinkplatten und Kohlen genügt die einfache Bestellung ohne Zusendung des Apparates, da ja der Instrumentenmacher die Abstände der Löcher im Rahmen kennt, um die Elemente genau passend zu machen — eine besonders für auswärts Wohnende nicht zu unterschätzende Annehmlichkeit! Es liesse sich noch mancher kleine Vortheil hervorheben, doch genug der Worte; die Erfahrung, d. h. der Gebrauch eines gut gearbeiteten Apparates*), nicht aprioristisches Absprechen, entscheidet allein über seinen Werth, und so ist es, glaube ich, am gerathensten, vorab dieses Superarbitrium abzuwarten.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Zur Genese der Gehörstörungen bei Gehirntumoren. Diagnostischer Werth von Stimmgabelversuchen. Von Prof. Moos. (Vortrag, gehalten auf dem 3. internationalen Congress der Ohrenärzte.) (Berlin. klin. Wochenschrift 1884, No. 45, 46.)

Bei der Frage nach dem Zustandekommen von Gehörstörungen bei Hirntumoren, welches nach Lebert in 28 pCt., nach Ladame in 11 pCt. der Fälle beobachtet worden ist, drängt sich zunächst die Vermuthung auf, ob diese Hörstörungen nicht ebenso, wie die in 95,4 pCt. (Reich) constatirten Sehnervenerkrankungen als Folgezustände des erhöhten intracraniellen Drucks aufzufassen sind, dass, wie dort zu Stauungspapille, so hier zu Drucksteigerung im Labyrinthe Veranlassung gegeben wird. Das nähere Eingehen auf diese Frage führt zur Darlegung der anatomischen Beziehungen der Endo- und Perilymphe zum subduralen und subarachnoidealen Lymphraum, welche nach kurzer Erwähnung der einschlägigen Arbeiten von Schwalbe, Weber-Liel, Hasse etc. zu dem Resumé führt, dass, wenn auch noch nicht völlig aufgedeckte, anatomische Vorbedingungen für Fortpflanzung des Gehirndrucks auf das Labyrinth und umgekehrt existiren und zwar in den Aquaeducten, diese Wechselbeziehung jedoch jedenfalls sich bei Weitem nicht so leicht, wie beim Opticus vollziehe. — Nehmen wir nun eine Uebertragung des gesteigerten intracraniellen Drucks auf das Labyrinth an, welche Functionsstörungen resultiren hieraus? Zur Beantwortung recurrirt M. auf die Untersuchun-

*) Instrumentenmacher Roeser, Cöln, liefert den Apparat nebst Leitungsschnüren für 65 Mk.

gen Burnett's, welcher bei intralabyrinthärer Drucksteigerung eine verminderte Perception für hohe Töne nachwies. Bestätigt die Casuistik diese physiologische Prämisse? Es werden 3 von M. hierauf untersuchte Fälle von Hirntumoren mit Stauungspapille citirt, welche jedoch für die Lösung der Frage negativ ausfallen, indem die dabei constatirte mangelnde Perception hoher Töne bedingt war einmal durch den Nachweis von Nervenatrophie in der ersten Schneckenwindung, das andere Mal durch ein Leiden des mittleren Ohres, während bei dem dritten Falle eine beträchtliche beiderseitige Abnahme des Hörvermögens für hohe und tiefe Töne sich plötzlich links bedeutend und anhaltend besserte, trotz gleichzeitiger Zunahme der intracraniellen Drucksteigerung, welche sich in doppelseitiger Stauungspapille manifestirte. Diese Beobachtung, zusammengehalten mit einer zweiten von Leber, wo bei entschiedener Rückbildung der doppelseitigen Stauungspapille die gleichzeitig bestehenden Gehörstörungen sich trotz Abnahme des Schädelinnendrucks nicht minderten, führt M. zu dem Schlusse: Die Gehörstörungen bei Hirntumoren sind entweder gar nicht, oder nur ausnahmsweise nach Analogie der Stauungspapille zu erklären; die Fortpflanzung des gesteigerten intracraniellen Druckes auf das Labyrinth ist möglich, die Druckausgleichung jedoch wahrscheinlich und anatomisch (aq. cochleae) begünstigt. Gleichwohl ist es höchst wünschenswerth, durch frühzeitige Beobachtung und Prüfung mit hohen Stimmgabeln bei Fällen von Hirntumoren der Lösung der Frage näher zu treten. — Bezüglich der Genese der in Rede stehenden Hörstörungen wird nun weiterhin auf eine Ansicht von Huguénin (Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte 1882, 9./10.) hingewiesen, nämlich: dass die bei Hirntumoren auftretende Betheiligung der Sinnesnerven Folge eines in die Nervenscheiden fortkriechenden Processes sei, indem sich mit der Zeit eine chronische Entzündung an der Basis entwickele, welche die exponirtesten Nerven als Neuritis descendens (optica, olfactoria, acustica) einhüllt und bei gewisser Intensität zur Atrophie bringt. M. gesteht für viele Fälle die Möglichkeit zu, für den oben erwähnten Fall von plötzlicher linksseitiger Hörverbesserung jedoch schliesst er diese Genese aus, da eine solche durch Rückbildung der Neuritis bedingte Hörverbesserung nur allmählig erfolgen könne; das Dunkel des Falles wird durch die Vermuthung von M., dass es sich hier um Erweichung eines Glioms im Kleinhirn handle, nicht gelichtet. — In einer Schlussbetrachtung betont M. noch den Zusammenhang von peripheren Ohraffectionen mit solchen das Acusticus in Folge trophoneurotischer Störungen (Benedict, Weber-Liel, Refer.); ferner die Thatsache, dass die Hörstörungen gekreuzte sein können; schliesslich die Möglichkeit von Hörstörungen bei Hirntumoren ohne Betheiligung des centralen Acusticustheils lediglich in Folge Reizung der sensiblen Wurzel des Quintus durch den Tumor, reflectorische Reizübertragung auf den N. ad tens. tymp. und Krampf dieses Muskels mit Herabsetzung der Hörschärfe. Ferner bei Drucklähmung des Quintus oder Facialis durch den Tumor könne die Gehörsstörung Folge der Accomodationsstörung der Binnenmuskeln des Ohrs sein (Steigerung der Wahrnehmung tiefer Töne bei Lähmung des Facialiszweiges zum M. stapedius). — Als Prüfungsmittel der Hörschärfe bei Hirntumoren empfiehlt M. die Uhr und Politzer's Hörmesser, indem

er sich den darauf bezüglichen Ausführungen Politzer's (dessen Lehrbuch, pag. 860) anschliesst.

Der hier nur kurz skizzirte Vortrag, welcher sich auf einem Gebiete bewegt, wo es des Hypothetischen im Verhältniss zu feststehenden Thatsachen noch so überaus Vieles giebt, sucht, sich möglichst im Rahmen klinischer Beobachtungen zu bewegen und sei dem eingehenderen Studium bestens empfohlen. Keller.

Casuistische Beiträge zur operativen Behandlung der Eiterungen im Warzenfortsatz. Von Dr. Hessler, Privat-Docent in Halle a. S. (Archiv für Ohrenheilkunde, 22. Band, I. Heft.)

Als einmal einer unserer am meisten citirten Ohrenärzte den Ausspruch that, dass die Geschichte der fraglichen Operation wichtiger und interessanter sei als deren Beschreibung, hatte er es nie geahnt, dass die Trepanation des Warzenfortsatzes die Therapie der Ohrenkrankheiten noch einst dominiren wird. 40 Jahre nach diesem Verdict sind wir dahin gelangt, was auch die neueren 31 Fälle des Verf.'s beweisen, dass wir ohne Eröffnung des Proc. mast. uns sehr häufig nicht helfen können. Folgende Fälle sind publicirt:

10) Acute Mittelohreiterung und acute Caries des Warzenfortsatzes. Aufmeisselung. Heilung nach $2^1/_2$ Monaten. Verlauf absolut fieberlos. Ein interessantes Intermezzo der Operation war die Sistirung der Athmung auf länger als $^1/_2$ Minute, welche Anomalie Verf. auf eine Zerrung am Sinus transversus, anlässlich der Sequesterextraction, zurückführt, der Puls jedoch blieb ruhig und kräftig.

11) Chron. Mittelohreiterung mit Caries. Erweiterung der Knochenfistel im Warzenfortsatz. Entfernung von Cholesteatommassen, von mehreren Sequestern späterhin. Heilung der Caries des Warzenfortsatzes nach 5 Monaten; diejenige der Mittelohreiterung nicht abgewartet. Beginnende Lungentuberculose.

12) Acute Mittelohreiterung und acutes Empyem des Antrum mastoideum. Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. Absolute Heilung nach 1 Monat. Das Empyem entstand nach Verf. durch Schädlichkeit der Therapie, die aus täglichen Ausspritzungen mit Tannin und Einblasungen mit Borpulver bestand. Höchste Temperatur während des ganzen Verlaufes 38^0.

13) Beiderseits abgelaufene schleimige Mittelohrcatarrhe; seit $^3/_4$ Jahren beiderseits nach Scharlach Otorrhoe. Caries im Warzenfortsatz, besonders an seiner Vorderwand. Aufmeisselung desselben nach Wolff'scher Methode. Heilung nach 3 Wochen. Die Eröffnung wurde trotz des Umstandes vorgenommen, dass nie bisher der Warzenfortsatz äusserlich empfindlich oder geschwollen war. Höchste Temperatur 37,8.

14) Links mit persistirender Trommelfellperforation und Verlust der Mittelohrschleimhaut ausgeheilte Eiterung. Acute Eiterung aus Pauken- und Warzenfortsatzhöhle. Aufmeisselung der letzteren. Heilung nach $1^1/_2$ Monaten. Nach der Eröffnung kam kein Eiter zum Vorschein. Verlauf fieberfrei. Sehr auffallend war seit der Operation die überraschende und spontane Normalität des Stuhlganges, nachdem Pat. früher an hartnäckigen Obstipationen litt.

15) Taubstummheit nach doppelseitiger Ohreiterung nach Scharlach und Diphtheritis. Rechts Recidiv der Eiterung, acut, mit Periostitis am Warzenfortsatz. Aufmeisselung desselben. Entfernung von Cholesteatommassen mit scharfem Löffel. Nagel vom Pat. zu früh entfernt; trotzdem Ausheilung nach circa 7 Monaten. Verf. warnt vor zu frühem Verschluss des Fistelganges, zumal bei chronischen Eiterungen.

16) Acute Mittelohreiterung. Oedem in der Temporalgegend. Paracentese. Facialisparesé. Zweimal Fröste mit rascher Temperatursteigerung. Aufmeisselung des Warzenfortsatzes bei Sclerose desselben; Tod nach 7 Tagen an Sinusphlebitis. Keine Section. Die Operation blieb ohne jeden Einfluss auf den Verlauf. Verf. nimmt an, dass durch eine besondere Anordnung im Gefässsystem die rasche Einschleppung von Eiter und Infectionsstoffen in die Sinuse begünstigt war. Die Facialparese war in Folge von Stauung der Vena stylomastoidea im Fallopischen Canal entstanden.

17) Acute Mittelohreiterung mit nachfolgender Eiterung im Warzenfortsatz. Mehrmalige Paracentese. Aufmeisselung des Antrum mastoideum wegen Empyema acuta. Heilung nach $2^1/_2$ Monaten. Höchste Temperatur 37,6.

18) Chronische Mittelohreiterung. Wechselnde Facialisparese. Aufmeisselung des Warzenfortsatzes; Sequesterextraction. Entfernung von Cholesteatommassen. Späterhin noch ein inzwischen gelöster Sequester extrahirt. Heilung nach 4 Monaten. Trotz unglücklicher und ungünstiger constitutioneller Verhältnisse, es war nebst Caries necrotica (tuberculosa!) proc. mast. noch locale Tuberculose beider Hüftgelenke vorhanden, heilten beide durch chirurgische Maassnahmen. Der Fall hat uns im III. internationalen otologischen Congress in Basel, wo ihn Verf. referirt hat, schon lebhaft interessirt.

19) Acute Mittelohreiterung. Fistel im Warzenfortsatz. Erweiterung derselben mit Meissel und Löffel. Heilung nach 4 Monaten. Die Eiterung aus der Fistel sehr gering, weil der operative Eingriff ungenügend war. Verf. hatte es eher mit Caries sicca als mit profus-secretorischer Form zu thun und die $^3/_4$ Ctm. grosse Oeffnung war zur Ausspülung der äusserlich gesunden, doch innerlich cariösen Höhle nicht ausreichend, daher der protahirte Verlauf.

20) Acute Mittelohreiterung und acute Caries des Warzenfortsatzes. Aufmeisselung desselben. Nach fast vollständiger Vernarbung rascher Zerfall der Wunde. Tod an acuter tuberculöser Basilarmeningitis. Section nicht gemacht. Der 3 Jahre alte Pat. war hereditär belastet. Vater starb $^1/_4$ Jahr vorher an Phthisis pulm. Unwahrscheinlicher ist die Ansiedelung von Tuberkelbacillen in Warzenfortsatzwunde von aussen von einer nachweisbar mit Lungenspitzeninfiltration behafteten älteren Schwester.

21) Chronische Mittelohreiterung. Mehrfache Incisionen am Warzenfortsatz erfolglos. Sequesterextraction. Heilung nach 6 Wochen. Nach der letzten Nachricht vom 15. August ist der Knabe gesund und munter und ein zeitweilig eintretendes Ohrnässen wird nur durch einfaches Auswaschen des Gehörganges mit Erfolg behandelt.

22) Chronische Mittelohreiterung. Erweiterung einer Fistel im Warzenfortsatz mit Meissel und Entfernung von Cholesteatommassen. Heilung

nach 5 Wochen. Die Temperatur blieb unter 38, nur an dem Abend stieg sie auf 38,5, als Patientin viel neugierigen Besuch empfangen.

23) Schleimig-eitriger acuter Catarrh der Pauken- und Warzenfortsatzhöhle, mit Periostitis purulenta acuta am Proc. mast. Aufmeisselung des äusserlich nur verfärbten und sonst sclerotischen Knochens. Absolute Heilung nach 1 Monat. Bei der kurzen Dauer des Processes konnte Verf. auf äusserlich sichtbare Veränderungen am Knochen nicht rechnen, nur nachdem er unerwarteter Weise pathologische Veränderungen am Warzentheil fand, bestehend in Verfärbung und vielfacher Gefässlöchererweiterung in seiner Mitte, schwanden die vielfachen und gravirenden Bedenken gegen den operativen Eingriff, und erachtet er diesen Befund für eine absolut sichere Indication für die frühzeitige Aufmeisselung in selbst sehr frischen Fällen. (Vergleiche mit Fall 14.)

24) Doppelseitige acute Mittelohreiterung. Paracentese beider Trommelfelle. Rechts baldige Heilung. Links Eiterretention im Warzentheil trotz mehrfacher Paracentese, acute Caries ihrer Wandungen. Aufmeisselung durch Wegnahme der ganzen äusseren Knochendecke. Heilung nach 2 Monaten. Synechien in der Pauke. Temperatur nie über 37,8. Die von Eiter erfüllte Warzenfortsatzhöhle hatte viel tiefer gelegen, als die Paracenteseöffnung im Trommelfell. Auch war der Verbindungsgang zwischen beiden ein relativ kleiner. Daher der Misserfolg der Therapie vor der Aufmeisselung.

25) Links acute Mittelohreiterung. Paracentese am 2. Tag. Secundäres acutes Empyem der Warzenhöhle. Intercurrentes Erysipelas capitis et faciei vom Blutegelstich ausgehend, mit Krisis endend nach 10 Tagen. Incision eines Halslymphdrüsenabscesses. Ein Schüttelfrost. Aufmeisselung des Warzenfortsatzes bei cariöser Erweichung und Verfärbung aussen. Oeffnung über nagelgliedgross. Heilung nach 5 Wochen. Die höchste Temperatur war 38 am Operationstage, nachher nie über 37,7.

26) Bilaterale chronische Mittelohreiterung mit Caries nach Masern. Links Fistel im Warzenfortsatz. Extraction eines alten Sequesters und Entfernung der cariösen Knochendecke mit Meissel. Verschluss der Wunde nach 5 Wochen. Heilung. Höchste Temperatur 38. Rechts ist die Otorrhoe noch nicht ausgeheilt.

27) Links acute Mittelohreiterung. Frühzeitige Paracentese. Empyem und acute Caries im Warzenfortsatz. Aufmeisselung nach 1 Monat. Heilung nach $3^1/_2$ Wochen. Die nach der Operation aufgetretenen alarmirenden Schmerzen in Hand- und Fussgelenken, später in Knie- und Ellenbogengelenken und noch später ein leichtes Ziehen in beiden Hüft- und Oberarmgelenken, waren, wie es sich zeigte, acuter multipler rheumatischer Natur.

28) Acute Eiterung in Mittelohr- und Warzenhöhle. Aufmeisselung der letzteren in der 4. Woche bei äusserlich gesunden Knochen. Acute Caries an der ganzen Innenwand derselben. Intercurrente Erysipelas capitis und faciei mit interessantem Verlauf. Heilung nach 4 Wochen. Verf. wartete nicht bis Ablauf des linksseitigen Erysipels, um ausgedehnte cariöse Zerstörungen am Tegmen zu verhindern. Die Rose wurde auf starken Anstrich von Jodtinctur coupirt. Da bekam Patientin, trotz Verbotes, Besuch, der sie durch unangenehme Neuigkeiten heftig bewegt und

erregt hatte; gleich darauf stieg die Temperatur auf 40. Leichtes Frieren; diffuser Ausbruch der Rose auf der ganzen rechten Gesichtshälfte.

29) Bilateral acuter Mittelohrcatarrh, links rasch verlaufend zur Heilung. Rechts mit meningealen Symptomen ohne Durchbruch des Trommelfells. Nach Paracentese desselben profuse Eiterung aus Antrum mastoideum. Aufmeisselung desselben bei äusserlich normalem Knochen in der 8. Woche. Heilung 4 Wochen nach der Operation. Beim Catheter hörte Verf. nur feuchte einzelne Rasselgeräusche. Tube geschwellt, nach der Paracentese wenig Schleim, später profuse Eiterung, was Verf. veranlasste, den Schwerpunkt des Processes in die Warzenhöhle zu verlegen. Keine wesentliche Besserung, nur nach der Operation. Höchste Temperatur 37,7.

30) Links acute Mittelohreiterung. Subperiostaler Abscess am Warzenfortsatz. Erweiterung einer feinen Knochenfistel mit Meissel und Löffel in der 7. Woche. Heilung nach 6 Wochen. Perforation am Trommelfell schloss sich, dafür traten Reizungserscheinungen am Proc. mast. auf. Hierauf Operation. Lichtenberg.

Das Gehörorgan der Wirbelthiere. Morphologisch-histologische Studien von Gustav Retzius, Dr. med. e. o. Professor der Histologie am Carolinischen medico-chirurgischen Institute in Stockholm. 2 Bände. Stockholm. 1881 und 1884.

Dieses grossartige und vorzügliche Werk ist nun vollständig erschienen. Der erste Band enthält das Gehörorgan der Fische und Amphibien, der zweite das der Reptilien, der Vögel und der Säugethiere resp. des Menschen. Wir können uns hier, in einem Journale für Ohrenheilkunde, nur darauf beschränken, einiges aus dem Gehörorgan des Menschen zu besprechen, da die übrigen Abtheilungen des kostbaren Werkes mehr den Histologen vom Fach angehen.

Verf. bringt zuerst Historisches. Scarpa, und, wie es scheint, gleichzeitig mit ihm Comparetti, blieb es vorbehalten, das heutige Labyrinth zu entdecken. Bahnbrechend war dann in neuerer Zeit die Arbeit von Corti (Corti'sches Organ), der sich dann die von Kölliker (Habenula perforata), Reissner (Reissner'sche Membran) und Claudius anschlossen. Ferner erwarben sich grosse Verdienste um die Untersuchung des Labyrinths Böttcher, Leydig, Deiters. Verf. kommt auch zu sprechen auf meine Präparations-Methode, wonach ich das ganze häutige Labyrinth im Zusammenhange herausnehme. Soviel mir bekannt, hat nur Rüdinger die Methode nachgemacht und sehr schöne Präparate geliefert. Retzius bespricht ferner jene merkwürdigen Gebilde, welche ich zuerst gesehen und beschrieben habe (Virchow's Archiv, Band 22, 27, 31 — 1861, 1863, 1864), dann beschrieb sie Rüdinger genauer, bezeichnete sie als Gehörzotten und hält sie für normale Gebilde in den halbzirkelförmigen Kanälen des erwachsenen Menschen; er so wenig als ich haben sie bis jetzt beim neugeborenen Menschen oder bei Thieren gefunden. Retzius geht nun weiter die ganze Literatur durch, welche über den Bau des Labyrinthes existirt und erwähnt alle wichtigen Arbeiten, welche auf diesem Gebiete erschienen sind.

Wir werden nun referiren über die Mittheilungen von Retzius über

das Gehörorgan vom Wirbelthier, wie er solches von S. 328, Band II, ab bespricht.

Wenn man nach Entfernung der Steigbügelplatte durch das ovale Fenster hineinblickt, so sieht man den von den Autoren erwähnten grossen perilymphatischen Raum (Sinus perilymphaticus vestibuli, Odenius), den Retzius Cisterna perilymph. vestibuli nennt. Was man hier weiter sieht, ist nur mit dem Präparate in der Hand oder mit guten Abbildungen verständlich, wir verweisen zu dem Ende auf das Werk selbst. Die Membrana tymp. secundaria, welche das runde Fenster schliesst, zeigt nach der Scala tympani hin eine concave Fläche mit Endothel, die nach der Paukenhöhle gewendete Fläche ist flacher, etwas rauh, hat während des Embryolebens ein fast knorpliges Ansehen, besteht aber nur aus jungem mehrschichtigen feinfasrigen Bindegewebe, woraus sie auch beim Erwachsenen besteht, aber eben nicht mehr jungen. Sie lässt sich beim Erwachsenen von ihrer ringförmigen Knochenfirste ablösen und geht ringsum in das dünne Periost der Treppe über. In der Paukenhöhle trägt sie ein niedriges Plattenepithel, welches zusammen mit der zunächst darunter liegenden Bindegewebsschicht der Membran als eine Fortsetzung der Schleimhaut der Paukenhöhle anzusehen ist. Was den Aquaeductus cochleae betrifft, so wird auf die von Axel Key und Retzius angestellten Injectionsversuche hingewiesen. „Die Versuche von Weber-Liel*) zeigten, dass der fragliche Gang die Verbindung der perilymphat. Räume des Labyrinths mit dem Schädelraum vermittelt; es blieb jedoch unentschieden, ob dieser Raum den Subduralraum oder die Subarachnoidalräume darstelle.“ Weitere Injectionsversuche brachten Retzius aber zu dem Ergebniss, dass der perilymphat. Raum der Schnecke (Scala tympani) durch den häutigen Gang, Ductus perilymphaticus, des Aquaeductus cochleae in offener Verbindung mit den Subarachnoidalräumen des Gehirns und Rückenmarkes steht. Retzius bezweifelt aber, dass der perilymphat. Raum des Ohres mit dem Sub-

*) Von Allen zuerst hatte bereits im Jahre 1869 Weber-Liel durch Injectionen in den Subduralraum gefunden, dass dieser Raum durch den Aquaeductus cochleae und nicht, wie Schwalbe meinte, durch den Porus acust. int. mit dem perilymphat. Labyrinthraum in Verbindung stehe (s. Monatsschr. für Ohrenheilk. No. 8, 1869). In einer späteren Arbeit über dies wichtige Thema (Experimenteller Nachweis einer freien Communication der endolymphatischen und perilymphatischen Räume des menschlichen Ohrlabyrinths mit extralabyrinthischen intracraniellen Räumen) sagt Weber-Liel über diesen Zusammenhang: „dass gerade in den bestgelungenen Fällen der Injection der perilymphat. Labyrinthräume es sich gezeigt habe, dass die Flüssigkeit ihren Weg auch in die Räume zwischen Dura und Pia gefunden und sich besonders in den zwischen Kleinhirn und verlängertem Mark hinziehenden Subarachnoidalsinus angesammelt habe“ (s. Virchow's Archiv, Band 77, 1879, Seite 221). W.-L. meinte danach, dass auch der Subarachnoidal- und Subdural-Raum mit einander communiciren, und würden so die früheren Befunde W.-L.'s mit den späteren von Retzius sich decken. Uebrigens ist ja auch durch W.-L.'s Untersuchungen zuerst wieder die Angabe Cotugno's zu Ehren gekommen, wonach der Aquaeductus cochl., welchen alle neueren Anatomen als einen Venendurchgang beschrieben, in der That einen nur für die gedachte Verbindung selbständig bestehenden Canal darstellt, mit welchem parallel die Vene in einem eigenen Knochengange verläuft. (Red. Z.)

duralraum zusammenhängt. Ein Periost überzieht das Gehirnorgan, das fest und eng anliegt.

„Die Wände der beiden Säckchen sind nicht zu einer einzigen verschmolzen, sondern lassen sich bei vorsichtigen Präparaten von einander ablösen.“ In dieser Scheidewand existirt nicht der von Reichert, Henle u. A. angegebene Nervenast. Der Ductus endolymphaticus, welcher vom Sacculus rotundus ausgeht, verläuft eine Strecke hinter dem Sinus sup. utriculi nach aussen oben, dringt in den Knochencanal des Aquaeductus vestibuli ein und geht in diesem weiter, indem er sich bogenförmig nach aussen hinten unten dreht und in dieser Richtung verläuft, bis er durch die Apertura aquaed. vestibuli an der hinteren oberen Fläche der Pars petrosa hinausdringt und sich in dem zuerst von Cotugno, dann von Böttcherauf's Neue entdeckten, von Axel Key und Retzius, von Zuckerkandl und Rüdinger näher beschriebenen Saccus endolymphaticus erweitert, welcher als blinde sackartige Ausstülpung zwischen zwei Blättern der Dura mater eingeschlossen liegt.

Das untere, am meisten abgeplattete und allmählig verschmälerte Ende des Sacculus (rotundus) verengt sich und geht allmählig in den Canalis reuniens Henseni über, welcher als dünnwandige Röhre von 1 Mm. Länge und 0,5 Breite nach unten hinläuft und in den Ductus cochlearis einmündet. „Dieser höchst wichtige Verbindungscanal zwischen Sacculus und Cochlea des membranösen Gehörorgans des Menschen besitzt keine Nervenstelle, indem sich die Macula acustica sacculi nicht in ihn erstreckt.“ In der Schnecke bezeichnet Retzius die erste Windung als Basalwindung, die zweite als Mittelwindung und die dritte als Spitzenwindung. Beim Menschen wechselt die Zahl der Windungen des Ductus cochlearis zwischen $2^3/_4$ und 3.

Auf S. 224 kommt Verf. abermals auf die von mir zuerst gefundenen und erwähnten Gebilde in den halbzirkelförmigen häutigen Canälen zu sprechen, die später von Rüdinger als Gehörzotten, als normale Gebilde, beschrieben worden sind. Meine erste Beobachtung gab ich 1861, meine zweite 1862 (Virchow's Archiv, Band 22 u. 27), Lucae gab seine Beobachtung erst 1864 und Rüdinger 1867 heraus. Retzius sagt: „dieselben sind in der That fast bei jedem erwachsenen Individuum vorhanden“. Aber dieses „fast“ ist bedenklich, ich halte die Acten noch nicht für geschlossen über dieses Thema und behalte mir vor, darüber noch ein ander Mal zu reden.

Das Nervenepithel in den Maculae und Cristae acusticae des Menschen besteht aus Fadenzellen und Haarzellen, sowie aus zwischen ihnen verlaufenden Nervenfasern, welche an den Haarzellen endigen und hat Retzius den directen Zusammenhang beider gesehen.

Von den Gebilden des häutigen Schneckencanals heben wir nur Folgendes hervor: An den äusseren Haarzellen (Corti'sche Zellen) gelang es Retzius niemals, weder am unteren Ende noch anderswo, an der Zelle einen wirklichen directen Zusammenhang mit Nervenfasern darzulegen; er sah nie einen Fortsatz von der Zelle ausgehen, welcher für eine Nervenfaser genommen werden konnte, nie sah er an der Oberfläche der Zelle faserartige Bildungen laufen; das Einzige, was bemerkt wird, ist, dass die unteren zugespitzten Enden der Zellen die oberen Nervenfasern der äusseren spiralen Bündel berühren oder gewissermaassen in

sie stecken. Die Haare an diesen Zellen sind beim Menschen viel zahlreicher, als beim Kaninchen und möchte sie Retzius, obgleich er sie nie mit Sicherheit zählen konnte, auf wenigstens 20 anschlagen. In der Regel sind, wie bei den übrigen Säugethieren, 3 Haarzellen vorhanden, die alternirend geordnet sind; in der Mittelwindung tritt aber in der Regel noch eine 4. Reihe auf. Was die innere Haarzelle (vor dem aufsteigenden Cort. Pfeiler) betrifft, so trifft man unterm Umfange derselben feine varicöse Nervenfaserchen, welche das Ende umstricken, die eigentliche wahre Endigung dieser Faserchen konnte indess Retzius nicht mit einiger Sicherheit darlegen.

Zwischen den Haarzellen (Corti'schen) liegen die Deiters'schen Zellen. Retzius sagt nun von jenen Zellen: „Nie sah ich Nervenfasern in directem organischen Zusammenhang mit den äusseren Haarzellen, sondern letztere haften, soweit ich finden konnte, nur mit ihrem unteren Ende diesen Bündeln dicht an und stecken gewissermaassen in ihnen. Die eigentliche oder letzte Endigung der Nervenfasern ist deshalb noch nicht mit Sicherheit dargelegt worden."

Die Membrana Corti (tectoria) reicht kaum bis zur äussersten Reihe der Haarzellen — also nicht bis zum Ligamentum spirale.

Es beträgt die Anzahl der:

Hörzähne	2480	oder 2500,
Löcher der Habenula perforata .	3970	oder 4000,
inneren Cort. Pfeiler	5580	oder 5600,
äusseren Cort. Pfeiler	3846	oder 3850,
äusseren Haarzellen in 4 Reihen	11500	oder 12000,
inneren Haarzellen	3475	oder 3500.

Am Schlusse seiner ganzen grossen Arbeit hebt Retzius noch einmal die Frage hervor: „Wie endigen nun diese Fasern (Nerven)? Hier bleibt eben die grösste Lücke in unserer Kenntniss vom feineren Bau des Gehörorgans. Ich habe mich vielfach bemüht, diese Lücke auszufüllen, bisher aber vergebens. Soviel ist jedoch sicher, dass die unteren Enden der äusseren Haarzellen die oberen Fasern der Spiralzüge berühren und ihnen sogar anhaften, einen directen Uebergang der Nervenfasern in die Haarzelle sah ich aber nie; nie sah ich die von Noel beschriebenen, nach oben zu den Haarzellenenden hin emporsteigenden Nervenfasern. Diese Hauptfrage der Histologie des Gehörorgans der Säugethiere muss meiner Ansicht nach noch als unbeantwortet betrachtet werden."

Soviel aus dem vorzüglichen Werke von Retzius. Wer über den feineren Bau des Gehörorganes des Menschen und der Thiere sich Auskunft verschaffen will, kann dieses Werk als einen Codex ansehen! Die Ausstattung des Werkes ist vorzüglich und kostbar; es enthält 74 Tafeln.

Voltolini.

---

b) Rhino-laryngologische:

Hinterer Nasencatarrh und die Krankheiten der Nase, welche Taubheit veranlassen. (Postnasalcatarrh and diseases of the nose causing deafness.) Von Edward Woakes. (London 1884, 212 Seiten.)

In diesem sehr lesenswerthen und hübsch ausgestatteten Werke bespricht Verf. zuerst die physiologischen Grundbedingungen, auf welchen

sich ein Catarrh entwickelt; sodann die Prädisposition, welche besonders durch den Zustand der Schleimhaut bedingt wird. Ob der Catarrh mehr oder weniger schwer oder hartnäckig wird, hängt nicht von der Intensität der Noxe ab, sondern von dem Grade, welchen das vorbereitende Stadium vor dem Insult erreicht hat. Unter den disponirenden Ursachen soll Syphilis der Vorfahren, selbst sehr früher, eine grosse Rolle spielen, ebenso die Trunksucht der Voreltern. Bei Erkältungen breitet sich die Entzündung auf der Schleimhaut nicht per contiguitatem aus, sondern auf vasomotorischem Wege durch Vermittelung der Ganglien, welche durch ihre Nervi vasorum verschiedene Gebiete beherrschen. Dies wird theoretisch eingehend bewiesen. Im fünften Capitel geht er zu den hygienischen Maassregeln bei catarrhalisch Disponirten über (dem Ref. scheint er etwas zu nachgiebig im Verweichlichen zu sein); er giebt auch genaue Diätvorschriften, spricht sehr gegen Zucker, gestattet wenig Fleisch, viel Vegetabilien und Früchte; Spirituosen sollen in der Regel vermieden werden etc.

Nach einer genauen Beschreibung der Rhinoscopie giebt Verf. im siebenten Capitel die Behandlung des acuten Catarrhs, die nicht abortiv, sondern die Ausscheidung befördernd sein soll.

Im achten Capitel kommt dann die Beschreibung der einfachen, der folliculären und der trocknen Pharyngitis.

Atrophie der Schleimhaut bei letzterer Form betrachtet er als einen Reflex, analog den Duodenalgeschwüren nach Verbrennungen. Zu den Auswaschungen der Nase bedient er sich eines besonderen, nicht unpractischen Irrigators. Es folgt eine genaue Beschreibung der adenoiden postnasalen Vegetationen und der hinteren Hypertrophien der Muscheln, der Krankheiten des Septums und deren Operationen. Bei Hypertrophien der Muscheln empfiehlt er gelegentlich Stücke derselben mit dem Knochen herauszuschneiden und giebt dazu practische Instrumente an.

Zuletzt bespricht er die Operationen des schiefen Septums, der Polypen und Fibrome. M. Schmidt.

Simulirte Stimmlosigkeit. (Sur un cas d'aphonie simulée.) Von Dr. Emile Duponchel. (Revue mensuelle de laryngol. No. 10.)

Ein für das Jahr 1882 militairpflichtiger junger Mann trat im Februar 1883 in Dienst, nachdem er als gesund befunden worden war. Am 20. April bekam er eine Larynxbronchitis. Während seines Aufenthalts im Spital bereitete er sich auf seine Simulation vor. Am 5. Juni wird er aus dem Spital entlassen mit folgendem Zeugniss: „Aphonie, welche jeder Behandlung trotzt; die laryngoscopische Untersuchung ergiebt ein negatives Resultat; der Allgemeinzustand ist vortrefflich, der Mann kann Dienst als Fusssoldat thun.“ Bei dem Dienst wird seine Stimme immer schlechter bis zu vollständiger Aphonie. Patient behauptet, seinen Dienst nicht mehr verrichten zu können und kommt von Neuem auf die Krankenabtheilung; alle Medicamente innerlich und äusserlich helfen nicht. Trotz strengster heimlicher Ueberwachung verräth Patient sich nicht. Chloroform und Electrisation wurden nicht angewandt. Die laryngoscopische Untersuchung in der öffentlichen Klinik des Dr. Moure in Bordeaux ergab ein negatives Resultat: die etwas weniges gerötheten Stimmbänder bewegen sich normal sowohl bei der Phonation als bei der

Respiration; eine organische Veränderung lässt sich im Larynx nicht nachweisen. Die Diagnose wird also auf „Simulation“ gestellt. Patient ergiebt sich aber trotzdem nicht, seine Aphonie dauert während zweier Monate continuirlich fort. Bei strengem Anreden weint er, seine Umgebung klagt den behandelnden Arzt der Unwissenheit und der Barbarei an. Bei der zweiten laryngoscopischen Untersuchung in der Klinik des Dr. Moure hatte der sehr intelligente Patient schon gelernt, dass bei der Untersuchung das e auszusprechen sei und dass die das a aussprechenden Patienten ermuntert wurden, e zu sagen; als die Reihe an ihn kam, konnte er kein e aussprechen, sondern er sprach lispelnd ein a aus; in demselben Augenblick aber wurde eine Sonde direct auf die Stimmbänder gebracht und Patient schrie laut auf; er erkannte aber bald seine Unvorsichtigkeit und war gleich wieder aphonisch. Man machte ihm jedoch klar, dass er gefangen sei und bei fortdauernder Aphonie ihm die grössten Strafen drohten. Die Stimme kehrte demgemäss, zwar klugsamerweise nur allmälig, in acht Tagen Zeit vollständig zurück und Patient thut wieder Dienst.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Simulation hat in diesem Falle drei Monate nach der Incorporation begonnen; es ist das die gewöhnliche Periode, wo Simulanten ihre Scenen beginnen. 2) Die Simulation begann nach dem Verlauf einer wirklichen Krankheit; dies ist auch der gewöhnliche Hergang bei Simulation. 3) Der grosse Nutzen der Laryngoscopie ist hier hervorzuheben. Ohne den Spiegel hätte man zu den altherkömmlichen Mitteln seine Zuflucht nehmen müssen; diese Mittel sind rauh und führen nicht zu dem gewünschten Ziel. 4) Verf. erwähnt die fast unglaubliche Thatsache, dass in französischen Militairspitälern kein Kehlkopfspiegel und keine Beleuchtungsapparate existiren.

Dr. P. K.

Bösartige Erkrankung des Kehlkopfes. (Malignant disease of the larynx.) Von Henry T. Butlin. London. 1883.

Verf. bespricht zuerst die Sarcome des Kehlkopfes. Im Allgemeinen richten sich Sarcome in Wachsthum und Bösartigkeit nach dem Ursprungsgewebe, aus welchem sie wachsen. Die Kehlkopfsarcome, auch die äusserlichen, neigen nicht dazu, die Lymphdrüsen zu ergreifen, deshalb ist auch bei ihnen die Entfernung der erkrankten Theile oft hinreichend zur Heilung oder die totale Exstirpation des Kehlkopfes indicirt.

Bei Carcinomen ist die Unterscheidung zwischen innerlichen (auf das Innere des Kehlkopfes beschränkten) und äusserlichen von grosser practischer Wichtigkeit, denn nur bei innerlichen will Verf. Exstirpation des Kehlkopfes gestatten, wenn die Lymphdrüsen nicht geschwollen sind; ist letzteres der Fall, oder ist der Krebs ein ausserhalb des Kehlkopfes entstandener oder verbreiteter, so soll nur palliativ behandelt werden resp. bei Dyspnoe tracheotomirt werden. Die innerlichen Carcinome gehen nicht so oft auf die Drüsen über. In 18 Fällen von Section fand sich nur bei dreien Ergriffensein anderer Körpertheile.

In 31 Fällen von palliativer Behandlung dauerten die Symptome von 7 Monaten bis zu 5½ Jahren; 8 Patienten starben innerhalb des ersten Jahres, 2 in weiteren 6 Monaten, bei 1 war die Dauer unbekannt, 4 lebten noch 2—4 Jahre. Von den 8 Patienten, welche im ersten Jahre

starben, endeten 4 durch Erschöpfung, bei 2 derselben durch wiederholte Blutungen herbeigeführt, 1 starb an Pleuropneumonie, 2 starben an Asphyxie, einer ohne deutliche Ursache; die zwei 18 Monate Lebenden starben der eine an Dyspnoe und Dysphagie, der andere an Asphyxie; von den 4 länger Lebenden starben 3 an Marasmus, 1 an Dyspnoe und Erschöpfung.

Bei den 15 Tracheotomirten wurde das Leben um Monate bis zu 2 Jahren verlängert. Es starben davon an secundären Tumoren, Nasenbluten, Dysphagie und Erschöpfung, Collaps nach der Operation je 1, an Lungenentzündung 4, an Apnoe bei der Operation 3, an Inanition 4.

(Das lesenswerthe Büchelchen sei bestens empfohlen. Ref.)

Dr. M. S.

Paralyse des rechten Stimmbandes in extremer Abduction in Folge einer Verletzung des Hinterhauptes. (Un cas de paralysie du bandeau vocal droit en abduction extrème, à la suite d'une blessure à la un que.) Von Dr. Solis Cohen. (Annales des maladies de l'oreille. Von Ladreit de la Charrière. No. 6.)

Ein 33jähriger, aus Böhmen stammender, dem Morphium und dem Alcohol ergebener Pharmaceut war Mitte November im Jesserson medical College Hospital in Philadelphia aufgenommen worden. Er erzählte, er sei auf einsamem Wege, einige Kilometer von Ohama entfernt, im Juni 1883 von Dieben auf den Boden geworfen und in den Nacken gestochen worden. Gleich darauf konnte er nicht mehr um Hilfe rufen, weil die Stimme versagte.

Das Laryngoscop zeigte des Kranken rechtes Stimmband in mehr als vollständiger Abduction; das linke Stimmband bewegte sich normal beim Inspirium und Exspirium, legt sich zur rechten Seite hinüber beim Phoniren und kann sich beim tiefsten Inspirium nicht soweit abduciren, wie das rechte Stimmband. Beim Phoniren neigt das linke Stimmband, wie gesagt, zur rechten Seite hinüber, ohne das Stimmband zu erreichen; das rechte Stimmband wird dann durch den Exspirationsstrom nach oben hervorgewölbt und es kommt so ein rauher Ton zu Stande.

Die Lähmung scheint von einer Verletzung des Vagus herzurühren, da die Wunde sehr gross war. Der Sternocleidomastoideus war durchtrennt und die Carotis pulsirte nicht an der normalen Stelle. Patient behauptet, die Carotis sei unterbunden worden, was Verf. aber bezweifelt; er glaubt nicht an die Wahrheitsliebe des Pat. und meint, das Ganze sei ein Selbstmordversuch gewesen; die Narbe ist nämlich den bei Selbstmordversuchen gesetzten Narben ganz ähnlich. Dr. P. K.

Kehlkopfbefund bei Lepra. Von Dr. Müller. (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin, Band 34, Heft 2.)

Ein Fall von Lepra. Von Dr. Müller. (Deutsches Archiv für klin. Medicin, 34. Bd., Heft 2.)

Verf. beschreibt folgenden, von den Beobachtungen Gibb's, Schrötter's, Mackenzie's und Breuer's abweichenden Kehlkopfbefund an einem 50jährigen, seit 5 Jahren von Lepra Befallenen. „Die Stimme war rauh und heiser, bei leisem Sprechen völlig tonlos. Der Kehlkopf ist ziemlich gleichmässig infiltrirt und zeigt eine wachsartige, homogene,

durchscheinende, höchst anämische Farbe. Die Epiglottis ist stark verdickt, von mehreren Knoten an der vorderen Seite und am freien Rande besetzt, nirgends ulcerirt. Die Plicae aryepiglotticae sind gleichfalls infiltrirt und gehen allmählig in die dicker gefurchten, schwer beweglichen Wülste der hinteren Larynxwand über. Die Taschenbänder sind zu höckerigen Knollen entartet, die Stimmbänder schwach geröthet, gleichfalls infiltrirt; die freie Kante ist abgerundet. Die Stimmritze ist eng, bei Inspiration öffnet sich nur der hintere Theil der Glottis, indem sich die Stimmbänder, nach innen convex, ausbiegen. Bei Phonation schliessen die Stimmbänder prompt und vollständig, führen aber keine Schwingungen aus, sondern nur zitternde Bewegung in horizontaler Richtung, indem sie einerseits durch ihre eigene Infiltration verhindert sind, regelrecht zu schwingen, andererseits durch die auf ihnen aufliegenden schweren Taschenbänder darin gestört werden. Auf der vorderen Wand der Trachea fand sich dicht unterhalb des Ringknorpels ein etwa linsengrosser, runder, weissgelber Tumor." Ueber den weiteren Verlauf der Kehlkopfaffection finden sich keine Angaben, trotzdem der Kranke erst nach 4 Monaten sich der Beobachtung durch Austritt aus dem Hospital entzog.

Heinze.

Gutartiger Tumor der Trachea. (Tumeur bénigne de la trachée.) Von Dr. Fletcher Jugals. (Annales des maladies de l'oreille von Ladreit de la Charrière No. 6.)

Ein 60jähriger Mann zeigte ein Centimeter unter dem Larynx einen flach aufsitzenden, flachen, ungefähr 5 Millimeter hervorragenden und 8 bis 12 Millimeter messenden Tumor; er sah einem Papillom ähnlich. Wegen des Fehlens gefährlicher Symptome und wegen des tiefen Sitzes wurde keine Operation vorgenommen. Sollte selbe nöthig werden, so müsste man die prophylactische Tracheotomie machen, den Tumor entfernen und dessen Basis brennen.

Die gutartigen Geschwülste der Trachea sind sehr selten; nach den wenigen veröffentlichten Fällen zu urtheilen, ist die Prognose ungünstig und die Behandlung erfolglos.

Dr. P. K.

Ueber das Verhalten der Schliesser und Oeffner der Glottis bei Affectionen ihrer Nervenbahnen. Von Dr. Ottomar Rosenbach, Docent an der Universität Breslau. (Virchow's Archiv, 99. Band. 1. Heft, 1885.)

Die Arbeit ist eine polemisirende gegen eine Arbeit von H. Krause im 98. Bande von Virchow's Archiv, welcher die Ansichten von Rosenbach angegriffen hatte, die er in einem Aufsatze der Breslauer ärztl. Zeitschr. (No. 223, 1880) und in dieser Monatsschr. No. 3, 1882, geäussert, dass nämlich „bei Compression des N. recurrens zuerst die Function der Erweiterer leidet, während die Verengerer erst später in Mitleidenschaft gezogen werden — und es liege hier das analoge Verhalten, d. h. eine vorwiegende Betheiligung einzelner Muskelgruppen oder functionell verschiedener Nervenfasern, wie bei Affection der Nervenstämme oder der Centralorgane, vor". Zugleich wahrt R. auch Semon in London gegenüber seine Priorität in dieser Sache, dessen Arbeit erst 1880 erschien, während R. seinen Vortrag in Breslau bereits 1879 hielt.

Voltolini.

Tuberculöse Tumoren im Kehlkopf. Endolaryngeale Exstirpation. Heilung. Von Professor Dr. Joh. Schnitzler. (Wiener med. Presse 1884, No. 44 und 45.)

Anatomisch und klinisch ein ausserordentlich interessanter Fall! Bei ausgebreiteter Lungeninfiltration fanden sich im Kehlkopf mehrere bohnen- bis haselnussgrosse Tumoren; wegen Erstickungsgefahr Tracheotomie und darauf endolaryngeale Entfernung der Geschwülste mit des Autors Guillotine, die nach Analogie des Fahnestock'schen Tonsillotoms noch eine Doppelgabel zum Fixiren der Tumoren besitzt. Die Tumoren erwiesen sich als durch Infiltration bedingte polypöse Schleimhautwulste, die mit Tuberkeln so reich durchsetzt waren, dass sie als Tuberkelconglomerate angesehen werden konnten. Nach dreimonatlicher Behandlung mit Jodoform-Insufflationen kann die Canüle weggelassen werden. Nach abermals 3 Monaten neue Wucherungen und zweite Tracheotomie; trotzdem sich im Anschluss an diese eine fötide Bronchoblennorhoe entwickelte und Perichondritis zu Verengerung von Larynx und Trachea führte, besserte sich der Zustand durch Jodoform-Insufflationen und Sublimatinhalationen so, dass nach Behebung der Stenose durch Catheterismus die Canüle nach Jahresfrist abermals weggelassen werden konnte.

Das Aussehen des Patienten ist überraschend gut; Athmung frei; die Stimme zwar klanglos, aber deutlich vernehmbar in Folge Schlusses der Stimmritze durch die Taschenbänder. Götze.

Du traitement des maladies de la gorge et du larynx. Etudes cliniques par le docteur Carl Michel (de Cologne), traduit de l'allemand par le docteur R. Calmettes, Bruxelles. (A. Manceaux 1884.)

Das im Jahre 1880 bei Vogel in Leipzig erschienene und in dieser Zeitschrift (1881 No. 7) bereits von Herrn Professor Rossbach ausführlich referirte und in seinen Vorzügen beleuchtete Werk Michel's liegt nun auch, wie des Verfassers Abhandlung über Krankheiten der Nase, in französischer Uebersetzung vor, ein neuer Beweis der Vorzüglichkeit des Michel'schen Buches. Der Verfasser präsentirt sein Buch als klinische Beobachtungen, aus denen alles Bekannte ferngehalten ist.

Neu eingefügt ist in der französischen Ausgabe Folgendes:

Nach stärkeren Anginen (Seite 5) bleiben nicht selten Schluck-Beschwerden zurück, über deren Ursache nur der Kehlkopfspiegel Aufklärung giebt; es findet sich dann meist Schleimhautentzündung oder leichte Perichondritis an einem Aryknorpel, welche Eispillen und Application von Jod an die betreffende äussere Seite des Kehlkopfes verlangen.

Bei dem Capitel der Amputation der Mandeln betont M. die auch von Lefferts und M. Schmidt anerkannte Gefahr grösserer Blutungen, die häufig ernstere Folgen haben, oder Compression und Adstringentien fordern; in schweren Fällen kann Unterbindung der Carotis ext. nöthig werden. Die blutige Entfernung der Mandeln ist deshalb moralisch ungerechtfertigt und die galvanocaustische Behandlung allein zu empfehlen.

Bei Stimmbandlähmungen empfiehlt M. zur Verhütung von Recidiven alle Sprechübungen, wenigstens aber das forcirte ABC-sprechen noch Monate lang fortsetzen zu lassen.

Jahre lang consequent fortgeführte Sprechübungen sind auch das einzige Heilmittel, wo jugendliche Personen über heisere Stimme mit

falschem Tonansatz klagen, beim Schreien aber laute, gellende Töne hervorbringen und der Spiegel nur mangelhafte Elasticität der Stimmbänder, abnorme Grösse der ligamentösen Stimmritze (Schwäche der Stimmbandspanner) und manchmal bei Tönen der Mittellage klaffender Knorpel (Schwäche des Transversus) zeigt.

Auch bei Aphonia spast. empfiehlt M. das forcirte ABC-sprechen auf Grund eines in einer Sitzung geheilten Falles zu weiteren Versuchen, da mit der von Schnitzler empfohlenen Galvanisation der Wirbelsäule in den Fällen von Schech, Jurasz, Fritzsche, Hack kein Erfolg erzielt wurde. Götze.

Halscysten. (Cysts of the Neck.) Vortrag von John H. Morgan in der Medical Society of London. (Lancet 1884, 6. December.)

Verf. theilt sie in zwei Gruppen: die durch Veränderung normalen Gewebes entstandenen und die durch Entwicklungsfehler.

In die erste Gruppe gehören die Schleimbeuteltumoren und Hydrocele des Halses. Cystic, Hygrome und angeborene Atherome gehören zu der zweiten Klasse. Sie bewegen sich mit dem Larynx. Differentielle Diagnose von festen Tumoren mit dem Troicart.

Congenital cystic hygroma ist sehr häufig im Hals, hierbei liegt die Geschwulst unter der Fascie im intermusculären Raume und ist immer polycystisch.

James Paget leitete die Entstehung eines Theils der Geschwülste von verschlossenen Kiemencanälen ab. Verf. schliesst sich der Lage derselben und des Inhalts wegen dem nicht an. Grützbeutel sind zweifellos Reste des Hautblatts und sind fast immer in Verbindung mit den Kiemenbogen. Kiemenfisteln sind andere Ueberbleibsel derselben.

Durham stellte einen 14jähr. Knaben mit einer grossen Halscyste vom Ohr bis zur Clavicul. gehend vor. Diese Cysten gehen sehr tief.

Rose hat einen solchen Fall bei einem 55jähr. Manne gesehen, der malign endete.

Blutcysten sieht Morgan als vasculäre Sarcome oder als Venenerweiterungen an. M. Sch.

Perforation der Trachea und des Truncus brachiocephalicus in Folge von Tracheotomie. (Perforation de la trachée et du brachiocephalique à la suite de la trachéotomie.) Von Dr. d'Heilly. (France médicale, 19. Avril 1884 und Revue mensuelle de laryngologie No. 11.)

Am 11. April 1884 zeigte Verf. in einer Sitzung der Société médicale des hôpitaux das anatomische Präparat eines durch die Canule bewirkten Trachealgeschwürs, welches den Truncus brachiocephalicus perforirt hatte und tödtlichen Ausgang hervorrief. Dieses Ereigniss ist äusserst selten und man findet in der Literatur nur zwei von House in Guy's Hospital Reports erwähnte Fälle. Dr. P. K.

Das Cocain als angiospastisches Mittel in der Rhinoscopie und Laryngoscopie. Von Dr. J. Beregszászy in Wien. (W. med. Blätter, No. 7, 1885.)

B. beobachtete schon nach Einpinselung einer 2 proctg. Lösung Blässer-

werden und Abschwellen der Nasenschleimhaut bei acuten Catarrhen bis zu freier Luftdurchgängigkeit, wodurch auch die Rhinoscopia art., sowie die Extraction von Nasen-Polypen erleichtert werde.

Bei acuten und chronischen Kehlkopf-Catarrhen sah B. 2 Minuten nach Einpinselung einer 2 bis 5proctg. Lösung den Kehlkopf bedeutend anämischer.

Er erwähnt einen Kranken mit chron. Larynx-Catarrh, der constant drei Stunden nach der Einpinselung plötzlich ein Wohlbehagen in seinem Kehlkopf verspüre, und dann im Stande sei, mit wohlklingender Stimme laut zu sprechen. Dieser Umstand halte etwa 2 Stunden an, nach welcher Zeit seine gedämpfte, heisere Stimme wiederkehre.

B. meint, dass man durch Cocain-Einpinselungen die acute Hyperämie des Larynx coupiren und die einfache chron. Laryngitis heilen könne, nachdem er 30 Fälle auf diese Weise behandelt habe. E. J.

Casuistisches über die anästhesirende Wirkung des Cocaïns. Von Dr. O. Chiari in Wien. (Allgem. W. med. Zeitung, 1885 No. 3.)

Ch. hat das Cocaïn in mehreren Fällen angewendet, und berichtet über einen ausführlicher, bei welchem eine ganz ungewöhnlich starke Empfindlichkeit des Rachens und Kehlkopfes bestand, und bei dem die anasthesirende Wirkung des Cocaïns sich erst dann zeigte, als die Empfindlichkeit durch Uebungen mit der Sonde auf einen gewöhnlichen Grad herabgesetzt worden war. Früher gelang es trotz exactester und energischer Einpinselung einer 20pctg. Lösung nicht, die Reflex-Bewegungen zu vermindern.

Da nun Ch. in zwei anderen Fällen mit ein und derselben Lösung eine exacte Wirkung erzielte, so muss er den Miss-Erfolg in dem ersten Falle auf die ganz abnorme Empfindlichkeit des Patienten zurückführen. Nachdem es nach mehreren Wochen durch Uebung gelungen war, die Epiglottis mit der Sonde berühren zu können, ohne Reflexe hervorzurufen, erzielte Ch. nun nach dreimaliger Einpinselung mit derselben Lösung vollständige Anästhesie. Sonst sah er günstige Wirkung des Cocaïns bei Schlingbeschwerden, die durch Angina und tuberculöse Geschwüre verursacht waren. Einmal vollzog er fast schmerzlos die galvanische Cauterisation der unteren Nasenmuschel nach Cocaïn-Bepinselung. Die unangenehmen Nebenwirkungen des Mittels, der bittere Geschmack, das Gefühl von Pelzigsein und Zusammenschnüren hatten die Kranken nicht wesentlich belästigt. E. J.

Ueber Anwendung und Wirkung des Cocains bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Von Prof. Schnitzler in Wien. (W. med. Presse, 1885, No. 4, 6, 8, 10, 11.)

Sch. wendet das Cocain meist in 2 bis 5proctg., selten in 10 bis 20proctg. Lösung an und nimmt statt des Alcohol-Zusatzes Glycerin, weil dieses die Pilz-Entwickelung in der Lösung hemme und selbst einigermaassen schmerzlindernd und resorptionsbefördernd wirke. Diesem Umstand schreibt er es zu, dass er mit schwächeren Lösungen zum Min-

desten die gleichen Resultate erziele, wie Andere mit stärkeren Lösungen, denen Alcohol beigegeben war.

Um die schmerzlindernde Wirkung und die Dauer derselben zu erhöhen, empfiehlt er einen Zusatz von 0,2 Morph. mur. auf 10 Grmm. der Lösung. Auch wendet er das Cocain in Pulverform zu Insufflationen an.

Bei acuter Pharyngitis hält Sch. die Anwendung des Cocains nicht für zweckmässig, da es in manchen Fällen nichts nütze, die Schlingbeschwerden sogar vermehre. Dagegen sah er günstige Wirkungen bei chronischer Pharyngitis, bei galvanocaustischen Punctionen, und entfernte in einem Falle ein Stück der Uvula nach Einpinselung mit einer 5proctg. Cocain-Lösung, ohne dass der Patient Schmerz oder auch nur die Berührung der Instrumente gefühlt hatte.

Bei Sensibilitäts-Neurosen des Rachens erzielte er in mehreren Fällen einen vorübergehenden, zuweilen sogar einen dauernden Erfolg.

Ebenso hatte sich ihm das Cocain bei endolaryngealen Operationen bestens bewährt.

Bei Kehlkopf-Tuberculose konnte Sch. durch Cocain nicht nur die Schmerzen und Schlingbeschwerden beheben, sondern es gelang auch, den beständigen Hustenreiz durch ein- bis zweimaliges Einpinseln der Ary- und Interarytenoid-Schleimhaut mit einer 2proctg. Cocain-Lösung oder durch Inhalation $^1/_5$proctg. Lösung zu mildern.

Bei acuten und subacuten Kehlkopf-Catarrhen wendet Sch. mit Vortheil Inhalationen von schwachen Lösungen an, und meint, dass der feine Strahl des Sprühregens an und für sich die Empfindlichkeit und Reizbarkeit der Schleimhaut wesentlich vermindere, weshalb hierfür auch schwächere Lösungen genügen. Als Ursache dafür, dass nach Einpinselung der Stimmbänder oft (bald vorübergehende) Stimmlosigkeit eintrete, constatirte Sch. eine Parese der Mm. thyr. aryt. int., dadurch hervorgerufen, dass das Cocain nicht nur die sensiblen, sondern auch die motorischen Nervenfasern lähme.

In der Nase wandte Sch. das Cocain bei der acuten und chronischen Rhinitis mit Erfolg an.

Bei der Coryza erzielte er durch Einpinselung einer 2 bis 5proctg. Lösung oder durch Einführung eines mit der Lösung getränkten Watte-Tampons schon nach wenigen Minuten Sistirung der profusen wässerigen Secretion, und in manchen Fällen wäre nach ein- bis zweimaliger Application der Schnupfen gänzlich behoben gewesen. Ebenso schwanden die mit der Rhinitis in manchen Fällen einhergehenden Kopfschmerzen, Supra- und Intraorbital-Neuralgien, asthmatische Anfälle und Nieskrämpfe.

Auch bei Operationen in der Nase, speciell bei Rhinitis hypertrophica und Nasenpolypen, wandte Sch. das Cocain als schmerzlinderndes Mittel mit gutem Erfolge an.

Zum Schlusse berichtet Sch., dass er, durch den hohen Preis des Cocains veranlasst, sich aus den frischen Cocablättern einen alcoholischen Extract bereiten liess, womit er nahezu ebenso günstige Analgesirungs-Resultate erzielt habe, als mit dem Alcaloid. Er macht hierüber nur eine vorläufige Mittheilung. Der Preis des Extractes stellt sich auf 10 Xr. per Gramm. E. J.

Behandlung bei Asthma laryngeum, Laryngospasmus. Von Dr. Luzinsky, em. Arzt am Kinderspital zu Mariahilf in Wien. (Allg. Wiener med. Ztg. No. 6, 1885.)

Wir heben aus dem Aufsatze nur hervor die Behandlung während der Krampfanfälle: man richte das Kind sofort auf, befreie es von jeder beengenden Umhüllung, reibe den Thorax, blase dem Kinde kräftig Luft in das Gesicht und bespritze letzteres mit kaltem Wasser. Verf. erzählt ein Paar Fälle, wo er das Kind bereits scheintodt fand (in dem einen Falle hatten die Eltern sogar schon einen Boten geschickt, Dr. L. möge nicht mehr kommen, das Kind sei bereits todt), und wo er beide Male die Kinder in das Leben zurückrief durch Bespritzen mit Wasser und Ausübung der künstlichen Respiration. Ausser den Anfällen empfiehlt er besonders Zincum oxydatum und valerianicum zu 10—30 Ctgrmm. pro die. V.

Clinische Vorträge über den Gebrauch der Mineralwässer bei chronischen Pharyngolaryngealleiden. (Conférences cliniques sur l'emploi des eaux minérales dans les affections chroniques pharyngolaryngiens.) Von Dr. Cadier. (Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 3.)

Verf. verwahrt sich gegen die Meinung sehr vieler Aerzte, welche aus Princip alle Badecuren verwerfen, macht eine kurze Beschreibung der französischen gegen Halsleiden angewandten Mineralquellen (Mont-Dore, Canterets, Eaux bonnes, Cuchon, Allevard, Marlioz, Saint-Honoré, Enghien, Pierrefonds, Eau de Challes, la Bourboule, Royat) und giebt vage Indicationen zum Gebrauch dieser Mineralquellen bei den verschiedenen Halsleiden. Dr. P. K.

Inhalt.

I. Originalien: Schrötter: Ueber angeborenen knöchernen Verschluss der Choanen. — Weber-Liel: Die Behandlung superficieller Caries und Necrose im äusseren Gehörgang und in der Paukenhöhle mit Schwefelsäure. — Krause: Ein modificirter Polypen-Schlingenschnürer, eine Kehlkopfcurette und ein Nasentamponträger. — Nitsche: Ein Watte-Halter für den Kehlkopf. — Schindler: Fall von Riesenzellen-Sarcom im Munde bei einem Kinde. — Keller: Eine Verbesserung der Voltolini'schen Tauchbatterie. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Moos: Zur Genese der Gehörstörungen bei Gehirntumoren. Diagnostischer Werth von Stimmgabelversuchen. — Hessler: Casuistische Beiträge zur operativen Behandlung der Eiterungen im Warzenfortsatz. — Retzius: Das Gehörorgan der Wirbelthiere. — b) Rhino-laryngologische: Woakes: Hinterer Nasencatarrh und die Krankheiten der Nase, welche Taubheit veranlassen. — Duponchel: Simulirte Stimmlosigkeit. — Butlin: Bösartige Erkrankung des Kehlkopfes. — Cohen: Paralyse des rechten Stimmbandes in extremer Abduction in Folge einer Verletzung des Hinterhauptes. — Müller: Kehlkopfbefund bei Lepra. — Müller: Ein Fall von Lepra. — Jugals: Gutartiger Tumor der Trachea — Rosenbach: Ueber das Verhalten der Schliesser und Oeffner der Glottis bei Affectionen ihrer Nervenbahnen. — Schnitzler: Tuberculöse Tumoren im Kehlkopf. Endolaryngeale Exstirpation. Heilung. — Michel u. Calmettes: Du traitement des maladies de la gorge et du larynx — Morgan: Halscysten. — Heilly: Perforation der Trachea und des Truncus brachiocephalicus in Folge von Tracheotomie. — Beregszászy: Das Cocain als angiospastisches Mittel in der Rhinoscopie und Laryngoscopie. — Chiari: Casuistisches über die anästhesirende Wirkung des Cocains. — Schnitzler: Ueber Anwendung und Wirkung des Cocains bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. — Luzinsky: Behandlung bei Asthma laryngeum, Laryngospasmus. — Cadier: Clinische Vorträge über den Gebrauch der Mineralwässer bei chronischen Pharyngolaryngealleiden.

Beiträge oder Referate beliebe man an Herrn Prof. Dr. Weber-Liel in Jena einzusenden; ebenso alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive, Separat-Abdrücke und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan, Berlin S. W., Alte Jacobstr. 6.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Burow** (Königsberg i. Pr.), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), DocentDr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart).

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität, Ohrenarzt d. Allg. Krankenhauses in **Wien**

Dr. J. M. ROSSBACH
o. ö. Prof. d. spec Pathol. u. Therap. u. Vorstand der medicin. Klinik an der Universität in **Jena**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in **München**

Dr. L. v. SCHRÖTTER
Prof. u. Vorstand d. Klinik für Halskrankh. an der Universität in **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität in **Breslau**

Dr. WEBER-LIEL
Prof. f. Ohrenheilk. u. Vorstand d. Ohrenklinik an der Universität in **Jena**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XIX. **Berlin, Mai 1885.** **No. 5.**

I. Originalien.

Uebertragung von Syphilis durch den Tubencatheter.

Mitgetheilt durch Prof. **Burow** in Königsberg.

1. Beobachtung.

Am 19. November 1884 stellte sich in meiner chirurgischen Poliklinik die 52jähr. Wittwe Bertha M...s vor mit Klagen über Schmerzen im Halse. Bei der Inspection zeigten sich im Rachen auf beiden Seiten symmetrisch zwei nahezu bohnengrosse Geschwüre.

Dieselben unterschieden sich auf den ersten Blick von diphtheritischen sowohl, als von secundär syphilitischen durch Sitz und Aussehen. Sie befanden sich nämlich nicht auf den Tonsillen und vorderen Gaumenbögen, sondern auf den Arcus pharyngopalatin., auf deren Uebergangsstelle zur hinteren Rachenwand und zum Theil noch auf letzterer. Sie zeigten weder das characteristische Aussehen der secundär syphilitischen Beläge, jene graue rauchige Farbe, mit leicht gewallten Rändern und zerklüftetem Grunde — noch waren es die membranösen, dicken Beläge der Diphtheritis.

Vielmehr waren die Geschwüre scharfrandig, gelb, speckig, und wenn man versuchte vom Rande den Belag zu entfernen, blutete der Grund. Dabei waren die Halsdrüsen beiderseits beträchtlich und weit

herabreichend geschwellt; übrigens war die Frau gesund, es war keine Affection der Genitalien vorhanden, wohl aber etwas Schwellung der übrigen Drüsen, und auffallend bleiches und elendes Aussehen. Patientin ist Wittwe seit 13 Jahren, und war 8 Jahre verheirathet. Sie hatte 3 Kinder, von denen das älteste, 3½ Jahre alt, an unbekannter Krankheit starb.

Schon bei der ersten Untersuchung sprach ich die Ansicht aus, dass die Geschwüre mich an primär syphilitische erinnerten. Die Kranke gab an, seit mehr als 6 Wochen an Halsbeschwerden, Schmerzen beim Schlucken u. s. w. zu leiden, und erzählte, dass sie im Monat August a. p. wegen geringer Schwerhörigkeit und „Krabbeln" im rechten Ohre von Dr. X. 4—6 Wochen mit dem Catheterismus der Tuba Eustachii behandelt worden sei. Sie habe dabei bemerkt, dass einmal der Catheter aus der Nase eines Patienten blutig herausgezogen, dann in Wasser gereinigt und ihr applicirt worden sei. Die Halsbeschwerden hätten begonnen, nachdem sie sich obiger Cur ca. 3 Wochen unterzogen hatte, und seit 6 Wochen wurde der Catheter nicht mehr angewendet.

Die Frau blieb von jetzt ab ca. 5 Monate in dauernder Beobachtung und es traten folgende Erscheinungen auf: Während das Allgemeinbefinden stark litt und Patientin das eigenthümlich-gelbliche, schmutzige Colorit einer schwer syphilitisch Inficirten annahm, schwollen die sämmtlichen Lymphdrüsen mehr und mehr an, es entwickelte sich ein papulöses Syphilid auf Stamm und Armen, welches aber keine sehr starke Ausdehnung annahm; dabei blieben die Geschwüre im Halse unverändert. An den Genitalien und am After weder Papeln noch Narben.

Vom 10. Januar a. c. begann Patientin eine 40tägige Inunctionskur mit 3,0 pro die. Unter derselben fingen die Ulcerationen im Munde zu heilen an und die Papeln blassten ab, auch das Allgemeinbefinden besserte sich, indessen blieben die hinteren Gaumenbögen noch lange geschwellt und infiltrirt, auch nachdem jede Spur der Ulceration verschwunden war. Sie brauchte dann noch längere Zeit Jodkali und konnte Mitte März als geheilt entlassen werden.

Eine Prüfung des Gehörs war Anfangs versäumt worden; es ergab sich Mitte Januar, dass sie eine gut schlagende Ankeruhr rechts auf 30, links auf 6 Ctm. hören konnte. Der äussere Gehörgang war beiderseits normal, beide Trommelfelle etwas verdickt und opak.

2. Beobachtung.

Die 44jähr. separirte Frau Justine B . . . r stellte sich in meiner Policlinik am 11. Februar a. c. zum ersten Male vor mit grossen Geschwüren im Rachen auf beiden Seiten, auf der hinteren Rachenwand und den hinteren Gaumenbögen, aber auch auf den Tonsillen. Die Geschwüre waren nicht mehr so scharfrandig abgegrenzt und speckig, wie im ersten Falle, da diese Patientin sich schon in einem viel vorgeschritteneren Stadium der Infection befand. Auf dem Kinn und der Umgebung des Mundes erbsen- bis bohnengrosse, kupferrothe Flecke, welche von etwas erhabener und infiltrirter Haut gebildet wurden. Adenitis cervicalis, inguinalis, cubitalis; papulöses Syphilid auf Brust, Rücken und Armen. Genitalien gesund. Patientin ist sehr schwerhörig, so dass man sich nur mit äusserster Anstrengung mit ihr verständigen kann. Hört

links 7, rechts 8 Ctm. die Uhr. Auf beiden Seiten grosse Defecte im Trommelfell. Elendes, cachectisches Aussehen. Patientin ist seit funfzehn Jahren verheirathet, seit einem Jahre lebt sie von ihrem Manne (wegen Misshandlungen) getrennt. Sie hatte 7 Kinder, von denen nur 1 am Leben geblieben ist; die Todesursachen waren Atrophie, Diphtheritis, Scharlach. Sie leidet seit ihrer Verheirathung an Epilepsie, die nur des Nachts und in längeren Zwischenpausen auftritt. Ihrer Angabe nach ist sie zur selben Zeit, wie die vorige Kranke, von demselben Arzte längere Zeit mit dem Tubencatheter behandelt worden und hat ihre Halsbeschwerden seit Ende September. Im October ist sie, angeblich einer Diphtheritis faucium wegen, in einer Krankenanstalt 14 Tage behandelt, aber ohne geheilt zu sein, entlassen worden.

Es wird in diesem Falle sofort eine antisyphilitische Cur eingeleitet und zwar Sublimat innerlich in Form der Dzondi'schen Pillen. Pat. macht aber, nachdem sie bis auf 20 Pillen gestiegen war, Fehler in der Anwendungsweise und so ist bis zum 18. März nur wenig Besserung erzielt. Von jetzt ab Behandlung mit subcutanen Sublimatinjectionen, täglich 1 Spritze einer 1pctgen. Lösung.

Am 20. März wird eine rechtsseitige syphilitische Iritis constatirt mit starker subconjunctivaler Injection, Synechia post. partial., Pupillarmembran und 2 kleine Gummaknoten der Iris im äusseren, oberen Quadranten. Diese Iritis sowohl als die übrigen Symptome heilen unter der Injectionscur prompt ab, so dass die Iritis in 13 Tagen beendet ist. Zur selben Zeit, als die Iritis begann, wurde am rechten Labium minus eine Schleimpapel constatirt.

Am 18. April ist Patientin noch in Behandlung, die Rachenaffectionen fast geheilt, ebenso das Syphilid. Gehör wesentlich verbessert, da sie links 25, rechts 17 Ctm. die Uhr hört. Im weiteren Verlaufe trat eine linksseitige Iritis auf, welche heftiger als die bereits abgeheilte der anderen Seite einsetzte. Die Patientin wurde deshalb, da sie mittellos war und eine ambulatorische Behandlung unthunlich schien, der hiesigen ophthalmologischen Klinik überwiesen, wo sie zur Zeit der Drucklegung dieser Zeilen noch ernstlich krank war. Denn obgleich sie bereits 20 Inunctionen von 5,0 pro die gemacht hatte, war die Iritis noch nicht geschwunden und auf dem zuerst erkrankten Auge liess sich unter beträchtlich herabgesetztem Sehvermögen eine Neuritis optica mit rother, verwaschener Papille constatiren.

3. Beobachtung.

Die 38jähr. Frau des Hilfsbremsers J . . g stellte sich am 19. Februar a. c. vor mit Klagen über Schmerzen im Halse. Es finden sich gelbe, speckige Geschwüre an den hinteren Gaumenbögen und den angrenzenden Parthieen der hinteren Rachenwand, namentlich rechts, aber auch theilweise auf den Tonsillen. Adenitis cervicalis, cubitalis, inguinalis; papulöses Syphilid auf Armen, Brust und Rücken. Schleimpapeln auf den Genitalien und breite Condylome am After. Der Ehemann, welcher am nächsten Tage untersucht wird, ist vollständig gesund, nie inficirt gewesen, und hat weder Narben am Penis, noch Drüsen. Er hat den Coitus unterlassen, seit die Frau an den Genitalien erkrankt ist (was seit 3 Wochen der Fall ist, während sie schon 8 Wochen früher im

Halse Geschwüre bemerkte). Der Mann verbürgt sich dafür, dass seine Frau sich keiner Gelegenheit zur Inficirung durch einen ausserehelichen Coitus ausgesetzt hat. Sie ist 9 Jahre verheirathet und hat 5 Kinder geboren, von denen nur eins, 7 Jahre alt, lebt. Vor 3 Jahren hat sie einmal im 6. Monate abortirt, das Kind war rein, ohne Ausschläge; vor 1½ Jahren ist sie von einem todten Kinde nach dreitägiger Geburtsdauer mit Kunsthilfe entbunden worden. Die beiden anderen Kinder starben an Diphtheritis und Brechdurchfall.

Patientin ist wegen Schwerhörigkeit im October a. p. lange Zeit von Dr. X. mit Catheterismus der Tuba behandelt worden. Sie hört links 1—2 Ctm., rechts nur Knochenleitung.

Auf dem rechten Trommelfell finden sich linsengrosse, weissliche Einlagerungen, rechts starke opake Trübung und im hinteren Segment ein Defect.

Seit dem 1. März braucht Patientin eine Inunctionscur mit 3,0 pro die. Nach 30tägiger Dauer sind die Adenitis und das Syphilid geschwunden, ebenso die Plaques am Anus und in der Vagina. Im Rachen sind die Geschwüre zwar geheilt, aber derbe Infiltrationen der Gaumenbögen und Anlöthungen derselben an die hintere Rachenwand entstanden, so dass der Zugang zum Cavum pharyngo-nasale erheblich verkleinert ist. Die Schwerhörigkeit ist nicht gebessert, wohl aber hat sich die Patientin sehr erholt. Die Cur wird fortgesetzt bis zu 46 Inunctionen.

4. Beobachtung.

Gottlieb M....r, 31jähr. lediger Schuhmachergeselle, stellt sich am 9. März a. c. vor. Er ist fast taub, hört links die Uhr auf 1 Ctm., rechts nur Knochenleitung. Beiderseits starke, eitrige Otitis. Patient ist ein schwächlicher cachectischer Mann, der auf dem ganzen Körper derartig mit einem papulösen Syphilid bedeckt ist, dass kaum eine zweimarkstückgrosse freie Stelle zu finden wäre. Im Rachen die schon mehrfach beschriebenen speckigen Geschwüre an den betreffenden Stellen, am rechten Mundwinkel eine kleine geschwürige Stelle, Adenitis cervicalis sehr ausgeprägt, weniger deutlich Ad. inguinalis. Auf der Glans penis und dem inneren Blatt des Präputium mehrfache (mindestens 15) Papeln, die offenbar ebenfalls secundärer Natur sind, welcher Ansicht Herr College Caspary, der den Fall sich anzusehen die Güte hatte, vollständig beistimmte.

Eine Sclerose oder Narbe am Penis nicht nachweisbar. Nach seiner Angabe sind ihm seiner Schwerhörigkeit wegen im Monat October von demselben Arzte die Tuben längere Zeit catheterisirt worden und es ist ihm (seiner Beschreibung nach) auch die Perforation des Trommelfelles gemacht.

Patient blieb nach seiner ersten Vorstellung 3 Wochen fort und stellte sich am 31. März in wesentlich verschlimmertem Zustande wieder vor. Sein Aussehen war das eines schwer Kranken, das Syphilid noch stärker entwickelt, das Geschwür am Mundwinkel erheblich vergrössert und am After breite Condylome hinzugekommen. Die Plaques auf der Glans waren auf Umschläge mit Solut. Alum. acetic. wesentlich geheilt. Von jetzt ab Behandlung mit subcutanen Injectionen mit Solut. Hy-

drargyr. formamid. 1 pCt., die nach 14 Injectionen einen erheblichen Einfluss zeigt, bei Abschluss dieses Berichtes aber noch fortdauert.

5. Beobachtung.

Durch Herr Dr. Frölich gütigst mitgetheilt. Ich gebe die sehr genaue Krankengeschichte abgekürzt.

Am 24. October a. p. stellte sich die Arbeiterfrau B...k, 42 Jahre alt, mit Schmerzen beim Schlingen vor. Es fanden sich beiderseits auf der hinteren Pharynxwand erbsengrosse Ulcera mit speckigem Grunde, die seitlichen und hinteren Cervicaldrüsen geschwellt. Genitalien gesund. Patientin ist seit 20 Jahren verheirathet und hat 1 Kind, 17 Jahre alt, nie abortirt. Patientin giebt als Ursache ihres Halsleidens Catheterismus der linken Tuba an, durch Dr. X. längere Zeit ausgeführt. Ord.: Jodkali und Pinselungen mit Sol. Arg. nitric. Patientin klagt über abendliche Kopfschmerzen, die bei Bewegungen sich steigern. Nach einem Monat traten unter fortwährender Beobachtung durch Herrn Dr. F. flache Papeln an einander gegenüberliegenden Stellen der Schleimhautflächen der Labia majora auf, und auch einige wenige Papeln auf der Haut der Brust und des Rückens. Es wird eine Cur mit subcutanen Sublimatinjectionen eingeleitet. Nach 30 Injectionen sind die Papeln an den Genitalien noch nicht verkleinert und an der hinteren Rachenwand ebenfalls eine Papel entstanden. Nach 50 Injectionen ist der Rachen abgeheilt, aber erst am 8. Februar sind die Genitalien gesund und syphilitische Symptome nirgends mehr aufzufinden. Eine am 12. April vorgenommene Untersuchung zeigt, dass die Frau ganz gesund ist und dass sie rechts die Uhr auf 12 Ctm. hört, während links die Leitung durch die Kopfknochen sehr schwach ist. Das linke Trommelfell ist hochgradig degenerirt, gelblich und undurchsichtig.

Die Gründe, welche mich zur Veröffentlichung obiger Beobachtungen bewogen haben, sind doppelter Art: einmal die Seltenheit der Thatsache und zweitens die Warnung zur Vorsicht, welche wir Alle, die wir den Tubencatheter oder ähnliche Instrumente, durch die inficirende Stoffe leicht übertragen werden können, anwenden, aus dieser Mittheilung ableiten müssen.

Was das Vorkommen der Uebertragung von Syphilis durch den Catheterismus der Tuba anlangt, so scheint dasselbe sehr viel seltener beobachtet (oder wenigstens publicirt) zu sein, als man angenommen hat. Denn während sich Mittheilungen über syphilitische Infectionen durch alle möglichen chirurgischen Handleistungen oder Verwundungen nicht selten finden, wie durch Schröpfen, Impfen, Tätowiren, Setzen von Clystieren, Rasiren, rituelle Beschneidung, zahnärztliche Operationen, oder durch Berührungen, wie sie das gewöhnliche oder gewerbliche Leben mit sich bringt, wie durch Rauchen aus derselben Pfeife, Benutzen derselben Zahnbürste, oder desselben Blaserohrs bei Metall- und Glasarbeitern, durch Beissen u. dgl. m., so ist es mir bis jetzt trotz eifrigem Umthun in der Literatur nicht gelungen, mehr als 7, den oben angeführten gleiche, Fälle aufzufinden, die übrigens sämmtlich aus Frankreich stammen.

Diese Fälle sind folgende:

1. Edouard Fournié[1]), 28jähriger Mann, wegen Knacken im Ohr von einem Pariser Arzt mit dem Catheterismus der Tuba behandelt. Pat. fand 3 Monate später eine grosse Ulceration im Nasenrachenraum, die nur mit dem Rhinoscop zu finden war (im Jahre 1863!), ausserdem Adenitis cervicalis, die Genitalien gesund. Es entwickelte sich eine schwere sog. gallopirende Syphilis, bei der sehr bald tertiäre Formen auftraten. Ricord, der die Diagnose bestätigte, theilte F. mit, dass derselbe Arzt ein Jahr zuvor bereits 4 andere Ohrleidende in derselben Art inficirt habe. Die Heilung war eine sehr langsame.

2) Lortet[2]) constatirte Uebertragung von Syphilis durch den Catheterismus der Tuba durch einen Pariser Specialisten, der schon mehrere andere inficirt hatte. Der Fall betraf eine Dame, die Ulcerationen auf den Tonsillen, allgemeine Syphilis und eine heftige und schwer heilbare Augenentzündung (Iritis specifica?) davontrug.

3. Bucquoy[3]) berichtet vor der Société médicale des hôpitaux über drei einschlägige Fälle. Der erste betrifft einen 21jährigen Mann, der sich mit papulösem Syphilid vorstellte, und bei dem eine 3 Monate zuvor begonnene Kur mit dem Catheterismus der Tuben als Quelle der Infection festgestellt werden konnte. Der zweite Fall betrifft eine Dame aus der Provinz, die, in derselben Art inficirt, ihren Ehemann ansteckte und von einem todten Kinde entbunden wurde; der Fall stammt aus der Praxis der Herren Danyan und Cullerier. Der dritte Patient ist von Laboulbène beobachtet. Es ist ein mehr als sechzigjähriger Priester, der nach dem Catheterismus der Tuben Ulcerationen im Pharynx und an den Lippen, Adenitis cervicalis, Roseola und Psoriasis palmaris bekam. „Ein neues Opfer hinzugefügt der langen Liste derjenigen, die die Syphilis in demselben Sprechzimmer und auf dieselbe Manier acquirirten."

4) Diday[4]): einem 45jährigen Mann war durch einen Ohrenarzt ein Ohrpolyp entfernt und später mehrmals die Tuba katheterisirt worden. Rachenschmerz, Submaxillardrüsen geschwellt, Ecthyma und Rhinitis. Ricord verificirte die Diagnose auf Syphilis.

5) Contagne[5]) sah eines der ehrbarsten Fräulein aus Lyon, „deren Sittlichkeit man unmöglich verdächtigen kann", 4 Monate nachdem sie wegen unbedeutender Schwerhörigkeit von einem Pariser Ohrenarzt 12 Mal catheterisirt worden, mit Rachengeschwüren, papulösem Syphilid, Geschwulst der Hals- und Unterkieferdrüsen und nächtlichen Schädelschmerzen, zugleich blassem, elendem Aussehen und starker Abmagerung. Heilung durch Dupuytren'sche und Jodkali-Pillen.

---

[1]) Gazette des hôpitaux No. 74, 1863. — Communication faite à l'Academie de médicine, 23. Juni.

[2]) Gazette medic. de Lyon 1864, 11. Juni.

[3]) Gazette hebdomad. de med. et chirurg. 1865, No. 35

[4]) In Virchow-Hirsch's Jahresbericht irrthümlich citirt: Gazette hebdomad. de med. et chirurg. No. 16, 1866; findet sich dort nicht.

[5]) Gaz. hebdom. 1866, No. 18; auch Archiv für Ohrenheilkunde, Band III., pag. 324.

6) Triquet[6]) giebt den dringenden Rath, dass jeder Syphilitische seinen eigenen Catheter habe. Das Original ist mir nicht zugänglich und weiss ich daher auch nicht, ob und wie viele neue Fälle mitgetheilt sind.

7) A. Fournier[7]): Syphilitische Ansteckung durch den Catheterismus der Tuba bei einem 28jährigen Frauenzimmer, bleibt lange Zeit unerkannt. Herpesartiges Syphilid, Ecthyma, Kopfschmerzen, Neuralgien. Behandlung einige Monate, Abort.

Meiner Ansicht nach ist es wunderbar, dass solche Uebertragungen nicht viel häufiger vorkommen, und Prof. v. Tröltsch spricht in einer brieflichen Mittheilung an mich die Ueberzeugung aus, dass sie auch bei uns nicht selten sind. Wenn Schwartze[8]) sagt: für notorisch Syphilitische werden am sichersten besondere Instrumente reservirt, so ist das ein Vorschlag, dem gewiss Jeder beistimmen wird; aber ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich annehme, dass die meisten der obigen Fälle von Syphilitischen übertragen worden sind, die der betreffende Arzt als solche nicht erkannt hatte. Hat ein Patient die gewöhnlichen syphilitischen Erscheinungen in den Fauces und ein Arzt würde wissentlich einen Ohrcatheter, den er bei diesem Kranken gebraucht hatte, einem Gesunden in die Nase führen, ohne zuvor das Instrument auf's Energischste und Sicherste desinficirt zu haben, so „wäre derselbe allerdings grenzenlos leichtsinnig und es sollte unnachsichtig gegen den Urheber eines solchen Ereignisses eingeschritten werden“ [9]). Anders aber verhält sich die Sache, wenn im Rachen nichts zu sehen ist und die syphilitischen Ulcerationen im Nasenrachenraum und an der Tubenmündung sitzen. Man kann doch nicht verlangen, dass jeder Patient vor der Einführung des Catheters rhinoscopirt wird, denn das wäre doch zu zeitraubend! Dass aber solche Fälle vorkommen, in denen specifische Geschwüre an Stellen vorhanden sind, die nur das Rhinoscop sichtbar machen kann, ist mannigfach festgestellt.

Wunderbar erscheint es, wenn eine Autorität wie W. Böck[10]) die Möglichkeit der Uebertragung auf dem uns interessirenden Wege ganz anzweifelt, um so wunderbarer, als seine Gründe wenig stichhaltig scheinen. Denn er meint, die Infection solle in der Art zu Stande kommen, „dass die Röhren in ungeputztem Zustande aufbewahrt worden seien, und wenn schon längst vergessen wurde, dass man sie bei einem syphilitischen Kranken angewendet habe, seien sie wieder hervorgenommen, und bei einem gesunden Individuum benutzt, das also dadurch inficirt wurde“. Das syphilitische Virus soll aber sehr schnell die Inoculabilität verlieren, und deshalb hält er alle solche Fälle für fingirt. Weshalb will man denn aber annehmen, dass längere Zeit vergangen sein müsse zwischen dem Catheterismus des gesunden und kranken Individuum; es scheint mir doch viel natürlicher, anzunehmen, dass die Uebertragung sofort statt-

---

[6]) Leçons cliniques sur les maladies de l'oreille, deuxième partie, Paris; citirt Virchow-Hirsch's Jahresbericht 1866, Bd. II., pag. 455.

[7]) Syphilis und Ehe, deutsch von Michelson. Berlin 1881, 35. Beobachtung, pag. 73.

[8]) Archiv für Ohrenheilk., Band III., pag. 325.

[9]) eod. loc.

[10]) Archiv f. Dermatologie u. Syph., Bd. I, p. 168.

gefunden hat, in der Art, dass der inficirte Catheter, ungenügend gereinigt nach dem Gebrauch bei einem Kranken, sofort oder bald darauf einem Gesunden eingeführt wurde. Es ist hierbei noch zu bedenken, dass beim Gebrauch eines einfachen Gummiballons zum Einpressen der Luft es sich leicht ereignet, dass der zusammengedrückte Ballon, wenn man nicht genau darauf achtet, sich schon wieder etwas auszudehnen anfängt, ehe man ihn vom Catheter (auf dem er luftdicht passt) abgehoben hat, und dass so Schleimmassen höher in den Catheter aufgesaugt werden, die sich nun nicht so leicht entfernen lassen und gegebenen Falles um so eher eine Infection ermöglichen können.

Beobachtungen über primäre Infectionen an den Tonsillen und im Rachen sind mehrfach publicirt worden, so von Köbner[11]), Schiragan.[12]), Le Gendre[13]), Taylor[14]), Spillmann[15]) und Anderen. Diese Fälle waren verursacht durch Saugen an der Saugflasche syphilitischer Kinder, durch Küsse, durch unnatürlichen Coitus.

M. Mackenzie[16]) führt eine Tabelle von 10000 Halskranken auf, die in seinem Hospital behandelt sind; unter diesen sind an Syphilis des Pharynx, Larynx und der Trachea 1145 genannt, aber nur in einem Falle fand sich primäre Syphilis des Pharynx. Er sagt weiter, dass er die Diagnose des primären Schanker im Pharynx „für eine unsichere Sache halte, und dass erst die constitutionellen Erscheinungen die Diagnose in der Regel sichern werden"; übrigens hat er im Ganzen 7 Fälle der Art gesehen. Den Tubencatheter als ätiologisches Moment erwähnt er nicht.

Köbner betont als ganz besonders characteristisch für die Fälle, in denen der Pharynx das Atrium virus gebildet hat, die Acuität der Symptome: heftiges Fieber, schnelles Auftreten von starken Exanthemen, vor Allem aber die sehr in die Augen springende Schwellung der Cervicaldrüsen, so dass letzterer Umstand wesentlich für die Sicherung der Diagnose zu verwerthen ist.

Dem kann ich nach meinen Beobachtungen nur beistimmen, wenn ich auch über etwaiges Fieber weniger orientirt bin, da die Patienten ambulatorisch behandelt wurden, zum Theil auch erst so spät zur Beobachtung kamen, dass die secundäre Eruption bereits vollendet war.

Ganz kurz möchte ich hier noch erwähnen, dass ich 3 Mal Infection von Syphilis ohne Coitus zu beobachten Gelegenheit hatte, und zwar:

1) Infection durch Küsse bei einer Virgo, bei der das Hymen so formirt war, dass ein Coitus ohne Zerstörung desselben unmöglich (eine volle Membran mit drei winzigen Oeffnungen). Es zeigte sich ein indurirtes Geschwür an der inneren Seite der Unterlippe des Mundes, während am übrigen Körper nichts zu finden war, und es entwickelten sich

---

[11]) Klin. u. experim. Mittheilungen aus der Dermat. u. Syph. Erlangen 1864, p. 62, u. Deutsch. Klinik 1863, No. 49.
[12]) Petersburger med. Wochenschr. 1880, No. 39.
[13]) Archiv f. Dermat. u. Syph., 1884, XI., p. 531.
[14]) The medical Record, 1884, 24. Mai.
[15]) Annales de Derm. et de Syph., T. X, No. 1.
[16]) Die Krankheiten des Halses und der Nase. Deutsch von Semon, 1880, Bd. I, p. 113.

unter meinen Augen secundäre Symptome. (Der betreffende Liebhaber zeigte eine grosse strahlige Narbe an der Lippe.)

2) Infection zweier israelitischer Kinder aus verschiedenen Familien im Alter von 8 — 10 Monaten durch Aussaugen der Wunde nach der rituellen Beschneidung. Der Beschneider soll Geschwüre im Munde gehabt haben; in beiden Fällen waren vorzugsweise Deformität des Penis durch syphilitische Geschwüre, Adenitis inguinalis in ungewöhnlichem Grade und papulöses Syphilid.

3) Vielfache Infection durch ein congenital syphilitisches Kind. Die Mutter des Kindes, die dasselbe genährt hatte, war plötzlich gestorben; eine Frau im selben Hause hatte „aus Gefälligkeit" dem verwaisten Kinde wenige Tage die Brust gegeben. An der Brust dieser Frau zeigten sich nach einiger Zeit zwei Indurationen von Bohnengrösse, von denen sich Adenitis axillaris und allgemeine Lues unter meinen Augen entwickelte, die sehr schwer heilte. Diese Frau steckte ihr eigenes Kind an, welches an der Syphilis starb. Für das erste Kind wurde eine Amme genommen, die sich ebenfalls von der Brust aus inficirte. Als sie dann entlassen wurde, vermiethete sie sich in einer anderen Familie und steckte auch dieses Kind an — also eine förmliche, kleine Epidemie!

Ich bin darauf gefasst, dass mancher Leser fragen wird, ob denn meine Fälle unzweifelhaft die Deutung zulassen, die ich ihnen gegeben habe, oder ob nicht die Syphilis ganz wo anders herrührt, während der Catheterismus unschuldig an der Infection sei.

Hierauf erlaube ich mir Folgendes zu bemerken: Fall 1 ist von mir vom ersten Entstehen beobachtet worden, ebenso Fall 5 vom Collegen Frölich. In diesen Fällen wurden die primären Geschwüre an der mehrfach erwähnten Stelle zusammen mit Adenitis cervicalis constatirt und unter unseren Augen entwickelten sich die secundären Symptome, vom Pharynx als Atrium virus ausgehend. Die anderen Fälle kamen so spät zur Beobachtung, dass die secundären Erscheinungen zum Theil in heftigster Art schon voll entwickelt waren; aber auch in diesen Fällen konnten die primären Geschwüre an der characteristischen Stelle am Arcus pharyngo-palatinus und der zunächst angrenzenden Stelle der hinteren Rachenwand noch beobachtet werden.

Alle Patienten waren schwerhörig und gaben beim Krankenexamen an, dass sie ihre Halsbeschwerden, die sie in meine Policlinik führten, bemerkt hätten, 3—4 Wochen, nachdem sie längere Zeit alle von demselben Arzte mit dem Catheterismus der Tuben behandelt worden waren. Bei fast Allen traten die secundären Symptome überaus heftig auf und ebenso die syphilitische Cachexie (s. Köbner).

Zum Schlusse noch die Frage: Wie sichern wir unsere Patienten gegen ähnliche Unglücksfälle?

Zuvörderst catheterisire man keine Patienten, ohne die Fauces inspicirt zu haben, denn die Fälle, in denen bei vorhandener Syphilis die Fauces intact sind und die Geschwüre im Cavum pharyngo-nasale und an den Tubenmündungen sitzen, sind glücklicherweise die Ausnahmen.[17])

---

[17]) Wendt behauptet, dass in $^3/_8$ der Fälle, in denen sonstige schwere Syphilis vorhanden sei, auch der Nasenrachenraum betheiligt sei. S. Tröltsch's Lehrbuch d. Ohrenh., p. 341.

Jeder als syphilitisch erkannte Patient habe seinen eigenen Catheter, und man verwende nur silberne Catheter. Man koche die sämmtlichen Catheter nach dem Gebrauch aus, wozu sich ein kleiner Apparat, der nur diesem Zwecke dient, Spirituslampe und Kessel, empfiehlt. Man spüle sie aus, indem man einen kräftigen Wasserstrahl durchgehen lässt und lege sie einige Zeit in 5pctge. Carbolsäurelösung, reinige sie vor dem Gebrauch nochmals. Tröltsch empfiehlt kleine aus Draht und Bockshaaren gefertigte Bürstchen, wie man sie zum Ausputzen der Cigarrenspitzen verwendet. Den Laryngologen ist es anzurathen, auf's Sauberste die Instrumente, und zwar jedesmal nach dem Gebrauch, zu reinigen. Es empfiehlt sich daher auch sehr, Schwämme zum Aetzen mit Lösungen von Argent. nitr. und anderen Mitteln nicht zu verwenden, wie ich das seit langer Zeit vermeide, weil sie auf keine Weise ganz zu reinigen sind. Von allen Pinseln sind die nach M. Mackenzie am meisten zu empfehlen, weil sie dünn und zart sind und bei ihnen die Haare in einer Federpose gut und sicher befestigt sind. Am saubersten bleibt aber immer die Spritze und mit ihr, voraussichtlich, dass sie sorgsam gereinigt werde, wird man sich am sichersten vor Uebertragungen und Infectionen hüten können.

P. S. Am Tage der Absendung dieser Mittheilung stellte sich in meiner Policlinik ein 6. Fall vor, die 45jährige Frau des Kahnschiffers B....s aus Danzig. Sie ist eine kleine, schwächliche, cachectisch aussehende Frau und klagt über Halsschmerzen. Es finden sich zwar nicht mehr die characteristischen Ulcerationen, wohl aber noch derbe und dicke Schwellungen und Infiltrationen an den Gaumenbögen, namentlich links, und Entzündung des ganzen Pharynx. Adenitis cervicalis, cubitalis, inguinalis; sparsames papulöses Syphilid über den ganzen Körper zerstreut, Genitalien und After frei. Sie ist Ende des vorigen Jahres, also vor über 3 Monaten, von Dr. X. nur einige Male wegen ihrer Schwerhörigkeit catheterisirt worden. Sie hört jetzt rechts 7, links 2 Ctm. die Uhr; rechts Otorrhoe, links stark degenreirtes Tympanum. Ausfallen der Haare, starke Kopfschmerzen, die bei Bewegungen zunehmen.

Ueber den Abschluss der Mundhöhle von der Rachenhöhle bei Nasenathmung.

Von

Dr. **Ziem** in Danzig.

Ueber die Lagerung der Mund- und Rachenorgane in der Ruhelage, bei gewöhnlicher Nasenathmung, finden sich noch bis in die neueste Zeit differente Angaben, obgleich S. Th. v. Sömmering schon längst die offenbar richtigen Anschauungen ausgesprochen hat. An dem von ihm edirten, meisterhaft abgebildeten Saigttalschnitt des Kopfes müsse man, so lehrt er, „durch den Verstand diejenigen Abweichungen auszumitteln und zu verbessern suchen, welche sich als eine Folge des Todes, der Zubereitung oder der Aufbewahrung ergeben. Dahin gehört ..... die Lage und Gestalt der Zunge, des weichen Gaumens, die Entfernung des Zäpfchens von dem Kehldeckel, die wahre Gestalt und Weite des

ruhigen Schlundkopfes und Schlundes."*) Diese von Sömmering selbst erkannten Fehler seiner Abbildung lassen sich mittelst der Durchschnittsmethode an gefrorenen Leichen auf's Glücklichste vermeiden, und so liegt auch auf Tafel II. des Braune'schen Atlas die Zunge „wie ein Stempel" dem harten und weichen Gaumen dicht an. Doch ist es nach Rüdinger's Meinung nur für den Fötus und Neugeborenen zweifellos, dass die Zunge die Mundhöhle bei geschlossenem Unterkiefer vollständig ausfüllt und dass das Gaumensegel der Zungenwurzel „nahe" liegt.**) Auch W. Henke erklärt neuerdings, dass man die Topographie dieser Theile zwar construiren könne — und seine scharfsinnigen Constructionen hat er in sehr anschaulicher Weise bildlich dargestellt — dass man sie aber am Präparate nicht zeigen könne, da die Lage der Theile nach dem Tode nichts beweise.***)

Nun, durch die Untersuchungen von Mezger und Donders ist allerdings auch für den Lebenden die dichte Anlagerung der Zunge an den Gaumen nachgewiesen, besonders da ein zwischen diese beiden Theile eingeführtes Manometer hier eine geringere negative Schwankung zeigt als weiter hinten im Respirationsraum. Es lässt sich aber noch auf eine andere, sehr einfache Art, beim Rauchen nämlich, der vollkommene Abschluss der Mundhöhle von der Rachenhöhle demonstriren. Füllt man beim Rauchen die Mundhöhle mit Cigarrendampf an, ohne ihn in der gewöhnlichen Weise wieder auszustossen, so kann man hierbei doch ohne jeden Zwang beliebig lange durch die Nase athmen und ohne dass eine Spur des Dampfes in den Rachenraum eindringt. Erhebt man nun aber das Gaumensegel nur ein wenig, so dringt durch die jetzt eröffnete Communication der Rauch sofort in den Rachenraum und zur Nase heraus. Auch eine Bemerkung von H. v. Meyer ist hier verwerthbar, dass man nämlich, um den Höhegrad des Durstes zu bezeichnen, sagt, die Zunge klebt am Gaumen, und dass dann das Auseinanderreissen beider durch eine Schluckbewegung eine schmerzhafte Empfindung erzeugt.†)

Ueber die practische Bedeutung dieser topographischen Verhältnisse habe ich mich schon früher ausgesprochen.

Ein Fall von ausgedehnter Verwachsung beider Stimmbänder durch eine feste Membran.

Von

Dr. med. **E. Hofmann** in Zwickau.

Totale Heiserkeit und vor Allem höchste Athemnoth veranlassten den Schneider R., 62 Jahre alt, aus Sachsenfeld bei Schwarzenberg, mich am 4. April 1883 zum ersten Male zu consultiren.

---

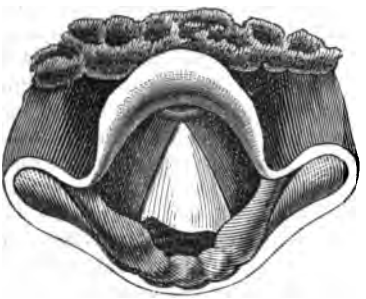
*) Abbildungen der Organe des Geruchs. Frankfurt a. M. 1809. Tafel I. und Seite VII.

**) Topogr.-chirurg. Anatomie des Kopfes. 1874. Seite 92 und 107.

***) Topographische Anatomie. 1883. Seite 157.

†) Unsere Sprachwerkzeuge. Internat. wissenschaftl. Bibliothek. 42. Band Seite 80. 1880.

Die Untersuchung mit dem Spiegel gab auch alsbald einen überraschenden Aufschluss. Beide Stimmbänder des Patienten zeigten sich, vom vorderen Vereinigungswinkel an bis jederseits zum Processus vocalis, links noch etwas darüber hinaus, durch eine glänzend weisse, feste, starre Membran mit einander verwachsen, so dass für die Athmung nur noch der verhältnissmässig sehr enge Spalt zwischen dem hinteren, freien, leicht geschwungenen Rande der Membran und zwischen der Vorderfläche der hinteren Kehlkopfwand (s. Fig. I.), also eigentlich nur die Regio interarytaenoidea, vorhanden war. Das Ausathmen ging verhältnissmässig immer noch leidlich von statten, während die Einathmungen, langgezogen und pfeifend, dem Patienten sichtlich die grösste Mühe und Anstrengung bereiteten. Die Aussprache war rauh, flüsternd, kaum verständlich. Schon seit langer Zeit heiser, bestimmte Zeitangaben wusste Pat. nicht zu machen, hatte derselbe später noch mit Athmungsbeschwerden zu kämpfen, die immer ärger wurden und schliesslich einen solchen Grad erreichten, dass Pat. Angst um sein Leben bekam.



Figur I.

Auf den Lungen war ausser einem ausgebreiteten Emphyseme nichts nachzuweisen. Spuren einer überstandenen Lues, etwa Narben im Pharynx oder dergleichen, liessen sich am ganzen Körper nicht auffinden, auch behauptete Pat., nie in seinem Leben geschlechtlich erkrankt gewesen zu sein. Ueber die Entstehungsweise des Leidens liess sich auf diese Weise nicht viel ermitteln.

Zunächst suchte ich nun den an und für sich schon sehr reizbaren Kehlkopf, der ausserdem noch in Folge des Hindernisses stark auf- und abgezogen wurde, durch öfteres Eingehen mit der Sonde für den nothwendigen operativen Eingriff, Spaltung der Membran, einzuüben, und erst in der 4. Sitzung am 11. April gelang es mir (der Gebrauch des Cocain war damals noch nicht bekannt und die locale Anästhesie nach Schrötter, die mir schon in mehreren Fällen sehr gute Dienste geleistet hatte, hielt ich hier nicht für angezeigt), die Membran mit der Sonde zu berühren. Da stellte sich mit einem Male ein neues Hinderniss der sich immer dringender gebietenden Spaltung entgegen: in dem Augenblicke, in dem ich die Membran mit der Sonde berührte, liess Pat. sofort auch seine Zunge fahren, und soviel ich nun auch redete, erklärte und schliesslich noch zankte, bei jeder Berührung der Membran mit der Sonde wiederholte sich dasselbe Manöver. Und mit diesem Hinderniss hatte ich schliesslich während der ganzen Operationsdauer zu kämpfen. Pat. kam nun erst am 26. April wieder zu mir. Ein sofortiges Eingehen mit der Sonde überzeugte mich, dass mein tapferes Schneiderlein seine psychische Schwäche immer noch nicht überwunden hatte: sowie ich die Membran berührte, fuhr auch die Zunge wieder zurück, all' mein Reden, all' mein Ermahnen war umsonst. Daher musste ich auch meinen ursprünglichen Plan, die Spaltung mit dem galvanocaustischen Messer vorzunehmen, aufgeben, um unnöthige Verbrennungen des Kehlkopfes zu vermeiden, und griff zu dem

einfachen, ungedeckten Kehlkopfmesser. Sowie ich nun mit der Spitze desselben auf der Membran angekommen war, liess mein Schneider natürlich auch die Zunge wieder fahren, darauf war ich schon vorbereitet, nichtsdestoweniger stiess ich aber doch das Messer ein, ich hatte ja soeben noch genau mit dem Auge controliren können, und zog nach hinten durch. Die Membran erwies sich als sehr fest, ich musste ziemliche Gewalt anwenden, um mit dem Messer durchzukommen.

Eine Untersuchung mit dem Spiegel zeigte alsdann, dass ich, sei es nun in Folge des starken Drückens, sei es dadurch, dass Pat. die Zunge fahren liess, mit dem Messer, dessen Spitze ich eigentlich weit vorn in der Nähe der Vereinigungswinkel der Stimmbänder eingesetzt hatte, etwas nach hinten und nach der linken Seite abgeglitten war; der mässig blutende Einschnitt, welcher das hintere Ende der Membran, etwas seitlich links, gespalten hatte, war nicht sehr gross ausgefallen, doch konnte ich das Schrötter'sche Kehlkopfrohr No. 2 sofort ohne Mühe durch den Kehlkopf führen, und mit merklich gebesserter Athmung reiste Pat. schon diesmal ab. In der nächsten Sitzung, am 2. Mai, begnügte ich mich, da Pat. diesmal sehr unruhig war, mit der Einführung des Schrötter'schen Kehlkopfrohrs No. 2; allein schon in der darauffolgenden Sitzung, am 8. Mai, gelang es mir, trotzdem natürlich Pat. wieder wie auf Kommando gerade im kritischen Moment seine Zunge fahren liess, die Schnittlinie in der angefangenen Richtung zu verlängern, so dass sich dann im Spiegel (s. Fig. II.) das linke Stimmband fast bis zu $^2/_3$ seiner ursprünglichen Länge wieder hergestellt zeigte, während der Rest der Membran in Gestalt eines Lappens am rechten Stimmband, das sich nur am hinteren Ende etwas freier erwies, noch fest hing. Sehr leicht liess sich jetzt sofort auch das Schrötter'sche Kehlkopfrohr No. 6 einführen; Pat. konnte wieder ziemlich frei und ungehindert athmen, und das Sprechen ging auch schon bedeutend deutlicher als früher. In diesem um Vieles gebesserten Zustande konnte ich nun den Pat. in einer Sitzung der Aerzte des Zwickauer-Glauchauer Bezirksvereins vorstellen und die pathologische Veränderung des Kehlkopfs mit dem Spiegel leicht demonstriren.

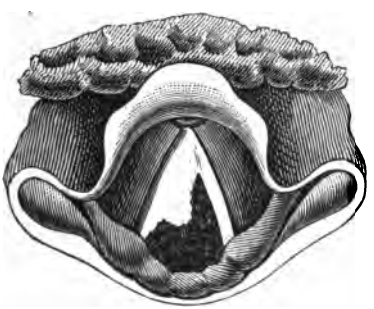


Fig. II.

Leider kam Pat. nur noch ein einziges Mal, am 10. Mai, zu mir. Es gelang mir auch jetzt, den Schnitt noch etwas zu erweitern, so dass das linke Stimmband ziemlich wieder hergestellt war, und ich Hoffnung hatte, vielleicht doch noch mit Hilfe der Galvanocaustik, auch ein ganz leidliches rechtes Stimmband bilden zu können, allein Pat. blieb aus und blieb aus, so oft ich ihn auch zur Rückkehr auffordern liess. Jedenfalls war er mit dem bisherigen Erfolg so zufrieden, dass ihn seine angeborene Scheu vor dem Messer von einem ferneren Besuche meiner Sprechstunden abhielt.

Das electrische Licht, verwendet in unserer Specialität, und die Anwendung des Cocain.

Von

Prof. Dr. **Voltolini.**

Von einem Special-Collegen aufgefordert, meine Meinung zu äussern über die Verwendung des electrischen Lichtes in unserer Specialität, also den Ohren-, Rachen-, Kehlkopfskrankheiten u. s. w. — komme ich dieser Aufforderung hiermit nach. Wie ich schon immer und immer wieder hervorgehoben habe, benutze ich, wenn es nur irgend möglich, zu allen meinen Untersuchungen im Ohre, Kehlkopfe, Rachen, Nase etc. das Sonnenlicht, als das hellste, natürlichste, einfachste, bequemste und durch kein anderes Licht zu ersetzende. Wer dieses leugnet, von dem muss ich leider einfach und immer wieder sagen, er versteht nichts von der Sache, wess Namens er auch sein möge. Der von uns Allen hochgeachtete und so bedeutende Chirurge Victor v. Bruns hat leider von dieser Sache auch nicht viel verstanden und seine Nachahmer natürlich noch weniger. v. Bruns sagt (Die laryngoscopische Chirurgie S. 24): „Das beste, weil ohne allen Vergleich hellste und reinste Licht zur Beleuchtung der Kehlkopfhöhle gewährt ganz unbestreitbar die Sonne, und könnte man deren Licht zu allen Zeiten und an allen Orten haben, wann und wo man desselben zur Untersuchung bedarf, so würde nicht das mindeste Bedürfniss und Verlangen nach einer anderen Beleuchtungsweise vorliegen.“ . . . . „allein es wird dabei (bei der Untersuchung des Kehlkopfes. V.) die Stellung des Kranken, wie des untersuchenden Arztes eine so viel unbequemere und anstrengendere, namentlich für den Letzteren durch das Seitwärtshalten seines Kopfes, um den Sonnenstrahlen nicht den Weg zu versperren, dass eine ruhige, allseitige Untersuchung und vollends ein sicher geleiteter chirurgischer Eingriff zur Unmöglichkeit wird.“ (!) Ich nun spare mir gerade die schwierigsten Operationen im Ohr und Kehlkopf etc. für das Sonnenlicht auf, wie solches viele in- und ausländische Aerzte bei mir gesehen haben. Wie ich das mache, habe ich näher in meiner „Rhinoskopie und Pharyngoskopie. 2. Aufl. Breslau 1879“ auseinandergesetzt. Da man nun aber das Sonnenlicht nicht immer haben kann, so muss man allerdings für gute künstliche Beleuchtung sorgen. Ich habe im hiesigen physicalischen Cabinet Versuche gemacht bei electrischem Lichte, durch die Gramm'sche Dampfmaschine erzeugt, und allerdings ist die Beleuchtung eine vorzügliche, aber wer kann eine solche Maschine in einer Privatwohnung anwenden?! Alles Andere, was ich bis jetzt von electrischer Beleuchtung des Kehlkopfes gesehen oder selbst dargestellt habe, hat sich nicht bewährt und muss ich zum Theil für Spielerei halten. Auf dem internationalen Congresse in Amsterdam demonstrirte Trouvé aus Paris seine electrischen Beleuchtungsarten und ich wurde von Collegen besonders aufgefordert, sie zu prüfen und meine Meinung zu sagen. Ich habe sie damals dort nicht öffentlich aussprechen wollen. Dem Fabrikanten Trouvé will ich keinen besonderen Vorwurf über seine Apparate machen, denn er hat sie vom Standpunkte des Laien aus angefertigt und da erschienen sie ihm sehr vortrefflich. Er zeigte vor: einen Kehlkopfspiegel, an welchem zugleich der electrische Draht befestigt war, welcher das

Licht erzeugte — eine reine Spielerei. Denn einmal muss der Spiegel sehr dick sein, damit er nicht zu schnell zu heiss werde, und schliesslich ist das Licht überhaupt zu unvollkommen, zu klein. Jeder Laryngoscopiker weiss, dass es nicht blos auf ein sehr intensives Licht ankommt, sondern auch auf einen grossen Lichtkegel, welcher gleich eine grössere Fläche beleuchtet; ein Planspiegel, d. i. Kehlkopfspiegel, giebt aber immer nur das Flammenbild einfach zurück; ist dieses aber klein, so ist auch die Beleuchtung durch den Spiegel nur klein. Bei dem electrischen Lichte, durch Dampfmaschinen erzeugt, ist ja das Licht von sehr grossem Durchmesser und dieses ist zu gebrauchen, aber alle die kleinen Apparate — soweit ich sie kenne — geben einen zu kleinen Lichtkegel. Dasselbe gilt von den Edison'schen Glühlampen (Platindrähten), die ich an meiner galvanocaustischen Batterie zum Glühen brachte, aber das Licht ist eben auch zu klein. Und nun nebenbei die Umstände und Kosten, die man mit solchem Lichte hat: jedesmal eine Batterie im Gange haben, die doch auch an Wirksamkeit — weil durch Chemicalien gespeist — gerade für das electrische Licht ziemlich schnell verliert, während solche Batterie noch für galvanocaustische Wirksamkeit brauchbar ist. Aber wie gesagt, die Hauptsache bleibt bei allen derartigen Apparaten, dass das Licht einen zu kleinen Lichtkegel giebt. Dies ist auch der Fall, wenn ich drei meiner Kohlen-Zink- oder Zink-Platina-Batterien mit einander verbinde und Kohlenspitzen verwende. Es giebt so auch ein electrisches intensives Licht, aber immer einen zu kleinen Lichtkegel. Darum kann ich alle solche Apparate nicht empfehlen, zumal man auf andere Weise ein genügendes Licht erhalten kann. Ich verwende, wenn ich nicht Sonne habe, fast ausschliesslich eine Petroleumlampe, sogenannten Sonnenbrenner (Diamantbrenner). Die Lampe ist, glaube ich, in Wien patentirt und auch hier in Breslau bei Fabrikant Friedrich, Schweidnitzerstrasse 37, zu haben und hat der Rundbrenner einen Durchmesser von 3¼ Centim. Es giebt dieser Apparat ein grosses, schönes, weisses Licht und nicht den dunklen Fleck, welcher bei der Gasflamme durch die unvollkommene Verbrennung an der Ausflussöffnung des Gasrohres entsteht.

Da wir jetzt in dem Cocain ein Anästheticum gefunden haben, so kommt uns dieses indirect auch bei der Beleuchtung zu Gute, insofern, als wir nun nicht mehr so ängstlich jede Berührung der gesunden Theile bei der Operation scheuen dürfen, wie sie etwa bei unvollkommenerer Beleuchtung leichter geschehen kann.

Ich gebrauche eine Lösung des Cocainum muriaticum von 0,5 auf 10,0 Wasser und Alcohol auch für den Kehlkopf. Ich habe das Mittel zunächst an mir selbst versucht und um sicher zu sein, dass nicht etwa absoluter Alcohol allein schon eine Anästhesie im Larynx hervorrufe, bepinselte ich mir selbst in Pausen zwei Mal hintereinander das Innere des Kehlkopfes mittelst eines Schwammes blos mit absolutem Alcohol getränkt. Er brannte so im Halse, als wenn man etwa einen sehr starken Cognak trinkt. Nach einer weiteren Pause bepinselte ich mir nun das Innere des Kehlkopfes mit jener alcoholischen Lösung des Cocain und nun war es auffallend, dass das Brennen des Alcohols nur einen Moment dauerte, dann fühlte ich nichts mehr davon. An einem anderen Tage bepinselte ich mir abermals den Larynx mit jener Cocain-Lösung und nun konnte ich mit einem Operations-Instrumente die Rücken-

fläche des Kehldeckels bequem berühren; ganz empfindungslos war sie nicht, aber doch so, dass ich keine Reflexe auslöste. Die Molesten im Halse nach der Bepinselung verloren sich sehr bald, nachdem ich einige Malzbonbons verschluckt hatte.

Ich habe das Cocain nun auch bei Operationen im Larynx angewendet und bin bis jetzt mit seiner Wirkung zufrieden; namentlich bewährte es sich in einem fatalen Falle, bei einem Baumeister P., der an einer wahren Polyposis im Larynx leidet. Bereits drei Mal war er von von Bruns und ein Mal von Tobold operirt worden — immer kamen die Polypen wieder zum Vorschein. Er kam schliesslich zu mir: Mittelst Schwamm und Galvanocauter hatte ich alles Krankhafte entfernt, nur auf zwei schwer zugänglichen Stellen der falschen Stimmbänder waren symmetrisch kleine Polypen vorhanden, die ich mich bereits seit einem Jahre vergeblich bemühte zu entfernen! Nach Anwendung des Cocain gelangte ich weiter, als ich in einem Jahr gekommen war, und konnte sie operiren, was mir bisher durchaus nicht gelingen wollte.

Auch im Ohre habe ich das Cocain angewendet; ich giesse es direct in das Ohr und lasse es etwa 5 Minuten einwirken, alsdann operire ich und bin bei Perforationen des Trommelfelles bei Kindern und bei Operationen von Polypen mit der Galvanocaustik mit seiner Wirkung zufrieden.

Ein anderer Patient mit kleinen Kehlkopfpolypen kam mir kürzlich zur Operation. Die Polypen sassen auf dem freien Rande der Stimmbänder in der Nähe der vorderen Commissur; Kehldeckel hatte Maultrommelform, dabei stark rückwärts gebeugt, völlig starr, wie Knochen, und unbeweglich. Auch fast nicht die geringste Spur von Bewegung war an demselben wahrzunehmen, ich mochte die verschiedensten physiologischen Manöver vornehmen lassen. Ich war nur im Stande, die Polypen zu sehen, wenn ich mit meinem Kehldeckelstäbchen den Kehldeckel hob. Mit dem Schwamme riss ich einige der Polypen ab, aber nicht alle, und Pat. blieb noch heiser. Diesen Pat. benutzte ich zunächst zur Prüfung des electrischen Lichtes; ich ging mit ihm und meinem Assistenten Dr. Beyer zu Herrn Prof. Dr. Meyer in das physicalische Cabinet der Universität, wo die Gramm'sche Maschine in Bewegung gesetzt wurde. Es ist nicht zu leugnen, dass die Beleuchtung eine ausserordentliche war, aber wir alle drei sagten uns, dass wir nicht 14 Tage diese Beleuchtungsart ertragen würden, ohne erheblichen Schaden an unseren Augen leiden! Selbst wenn man es ängstlich zu vermeiden sucht, in die Flamme zu blicken — was aber kaum möglich ist — so ist selbst die Beleuchtung auf dem beleuchteten Theile (Kehlkopf) so grell, dass Einem die Augen weh thun, ja, dass ich Kopfschmerzen bekam; das Sonnenlicht ist gegen diese Beleuchtung eine wahre Erquickung. Ich verschob deshalb die Operation bis auf einen Tag, an welchem Sonne schien. Ohne Cocain bemühte ich mich vergeblich, den Pat. zu operiren, denn es musste durchaus der Kehldeckel mit dem Stäbchen gehoben werden. Ich bepinselte nun wiederholt energisch mit Cocain innen und aussen den Kehlkopf resp. Kehldeckel und nun hielt sich Patient sogar selbst mit dem Stäbchen seinen Kehldeckel, nach vorn denselben drückend, und nun konnte ich dreist mit der Galvanocaustik die Polypen fortbrennen.

Das sogenannte Eczem des Naseneinganges.

Von

Dr. **W. Moldenhauer**, Docent in Leipzig.

Der Aufsatz des Collegen Kiesselbach in No. 2, 1885 dieser Monatsschrift über Eczema introitus narium ist für mich Veranlassung gewesen, bezüglich dieser Erkrankung meine Ansicht kurz darzulegen. So zutreffend auch die Schilderung von Kiesselbach für die Fälle ist, in denen es sich um wirkliches Eczem handelt, so meine ich doch, dass es nothwendig gewesen wäre, besonders hervorzuheben, dass es sich an der fraglichen Localität um zwei grundverschiedene Erkrankungen handelt, die zwar äusserlich sehr ähnlich, doch pathologisch-anatomisch und klinisch scharf unterscheidbar sind, nämlich um Eczem und Sycosis. Bei kleineren Kindern mit sonstigen Zeichen der Scrophulose dürfte es sich bei Krustenbildungen im Naseneingange meistens um Eczem handeln, sicher dann, wenn auch die äusseren Parthien der Nasenspitze und Nasenflügel mit ergriffen sind. Beschränkt sich jedoch die Affection auf den eigentlichen Naseneingang, so liegt auch hier der Verdacht einer Sycosis nahe. Bei Erwachsenen dagegen wird sich fast ausnahmslos Sycosis als Ursache der Krustenbildung finden lassen, und da für die Therapie diese Erkenntniss von Wichtigkeit ist, hielt ich es für angezeigt, auf diese Unterscheidung aufmerksam zu machen.

In der That kann die Sycosis des Naseneinganges sehr lästig werden, indem nicht allein eine theilweise Verstopfung des Naseneinganges erzeugt wird, sondern auch bei jeder Schnäuzbewegung eine recht unangenehme Empfindung hervorgerufen wird. Die fragliche Erkrankung characterisirt sich, wie auch die Sycosis an anderen Hautstellen, durch das Ergriffensein der Haarbälge, sie stellt eine eitrige Folliculitis dar, bei der es zunächst zu kleinen Entzündungsknoten um die Haarbälge kommt, die sich sehr bald in Eiterbläschen verwandeln, welche nach ihrer Entleerung mehr oder weniger dicke Krusten bilden. In frischen Fällen oder nach Abweichen der Krusten sieht man sehr deutlich, wie die Eiterbildung um die Haarbälge herum vor sich geht, indem jedes Bläschen von einem Haarschaft durchbohrt ist. Nach und nach kommt es auch in der Umgebung zu einer Hypertrophie der Cutis, welche dann ein geröthetes, erhabenes, unregelmässig höckriges Aussehen bekommt.

Bekanntlich befällt die Sycosis mit Vorliebe diejenigen Hautstellen, welche mit dickeren Haarschäften besetzt sind. Diese Bedingung ist nun in der That am Naseneingange gegeben. Denn nicht allein finden sich hier bei Männern ringsherum besonders auch an der innern Wand der Nasenspitze zahlreiche kurze, steife Haare, sondern auch bei Frauen, selbst bei Kindern von wenigen Jahren werden dieselben angetroffen. Aus diesem Umstande erklärt sich auch, warum selbst bei Frauen und Kindern im Naseneingang eine Erkrankung gefunden wird, deren Vorkommen Hebra und Kaposi*) bei bartlosen Individuen und Frauen nicht gesehen haben. Vor Kurzem beobachtete ich bei einem älteren Herrn Sycosis des Naseneinganges combinirt mit Sycosis der Oberlippe und war hier die Gleichartigkeit beider Affectionen besonders deutlich.

*) Hebra und Kaposi: Lehrbuch der Hautkrankheiten, 2. Aufl., pag. 612.

Seit ich nun zu der Erkenntniss gekommen bin, dass es sich bei im Naseneingange localisirten Krustenbildungen gewöhnlich nicht um Eczem, sondern meist um Sycosis handelt, habe ich auch meine Therapie völlig geändert und jetzt mehr Erfolg gegen diese hartnäckige Erkrankung als in früherer Zeit erzielt.

Zunächst schneide ich mit einer krummen Scheere alle Haare so kurz als möglich ab und lasse die Krusten durch Nasenbäder erweichen. Die sich jetzt präsentirenden Knötchen und Bläschen werden einzeln eröffnet, auch hier und da ein gelockertes Haar mit der Cilienpincette entfernt. Letztere Manipulation lässt sich jedoch am Naseneingange nicht in der Ausdehnung anwenden, wie an anderen Hautstellen, einmal wegen der grösseren Schmerzhaftigkeit und dann, weil unangenehme Entzündungen der gesammten Nasenspitze folgen können. Zeigen sich grössere Parthien ergriffen und ist die Haut besonders infiltrirt, so ist es durchaus nöthig, zahlreiche Stichelungen und Scarificationen zu machen. Die Blutung ist ziemlich lebhaft und kann nur erwünscht sein. In der Regel verordne ich nichts weiter, lasse nur die Nasenbäder fortmachen und wiederhole eventl. die Scarificationen und Spaltung neuer Knoten und Blasen. Diese Manipulation ist nicht so einfach, da das Terrain beschränkt und wenig zugänglich ist. Besonders den Knötchen und Bläschen an der Innenseite der Nasenspitze ist nicht leicht beizukommen. Gute Beleuchtung und gutes Umkrempen der Nasenflügel ist erforderlich. Sehr schnell pflegen sich unter dieser Behandlung die Infiltrationen und Knoten zurückzubilden und kann ich dieselbe nur dringend empfehlen, jedenfalls kommt man viel schneller zum Ziel als bei der bisher üblichen Behandlung mit Salben und Aetzmitteln, die ich Jahre lang ohne Befriedigung versucht habe.

Eczema introitus narium.

Von

Dr. **E. Baumgarten** in Budapest.

Es ist wahr, dass man in allen Fällen von acutem und in den meisten Fällen von chronischem Eczem des Naseneingangs mit der im Hefte No. 2 dieser Monatsschrift angegebenen Therapie des Herrn Docenten Dr. Kiesselbach auskommen kann, doch giebt es einige hartnäckige Formen, bei denen wir selbst durch den monatelangen Gebrauch des Ung. Hydrarg. praec. alb. zu keinem Ziele gelangen. Es sind dies besonders jene Formen von chron. Eczem, welche meist bei Männern nach chronischer Rhinitis entstanden, sich in den Nasenwinkeln und am vorderen Antheile des membranösen Septums localisiren und am Anfange keiner Behandlung theilhaftig wurden. In solchen Fällen ist die Haut der Nasenspitze und der von aussen sichtbare Theil des membranösen Septums geschwellt, geröthet, beim Berühren, selbst bei Bewegung der Vibrissen schmerzhaft. Bei der Rhinoscopia ant. sehen wir ausserdem kleine Schüppchen oder Börkchen, die von den Vibrissen durchbohrt sind; sind diese mechanisch entfernt, so erscheint die Haut spröde, infiltrirt mit Erosionen und selbst tiefen Rhagaden, und in diesen Fällen ist aber die energische Behandlung angezeigt. Zuerst sind an den entzündeten Stellen alle Vibrissen mit einer Cilienpincette genau zu ent-

fernen. Dies bereitet den Patienten insofern Unannehmlichkeiten, da bei dieser Procedur regelmässig erst bei Röthung der Conjunctiva Thränenfluss der Seite, an welcher epilirt wird, darauf ein Jucken in der Nase meist bei Schwellung der Nasenmuschelenden und endlich Nieskrämpfe entstehen, was bei den meisten Patienten, die doch an Obstruction der Nase leiden, als erfreuliches Symptom begrüsst wird. Sind die Vibrissen entfernt, nimmt man mit einer Kniepincette ein Watteküglelchen, das mit Ung. Hydrarg. praecip. alb. oder flav. (0,1 : Vaselin 10) bestrichen, ganz stark an den entzündeten Stellen verrieben wird; auch ist es gut, über Nacht einen mit dem Medicamente bestrichenen Wattestreifen in die Nasenecken einzulegen. Wahrscheinlich in Folge des Reizes entstehen in den ersten Tagen kleine hanfkorngrosse Abscesse, die ein lästiges Spannungsgefühl verursachen, diese müssen aufgestochen werden. Ich lege grossen Werth auf diese Massage der erkrankten Theile, denn das Medicament gelangt nicht nur durch die Reibung selbst in die tiefen Rhagaden, sondern es wird auch durch die Massage die Haut weich, geschmeidig, die Schwellung und Röthe nimmt bald ab, ebenso die Schmerzhaftigkeit bei der Berührung. Selten finden sich Patienten, denen man diese Manipulation selbst überlassen kann, und muss der Arzt dies täglich selbst thun, sowie die in den ersten Tagen nachwachsenden Härchen so lange entfernen, bis die Entzündungserscheinungen vorüber sind. Nur bei sehr hartnäckigen, tiefen Rhagaden ist das Betupfen mit einer stärkeren Lapislösung angezeigt. Wenn sich keine Schuppen oder Börkchen mehr bilden, kann man die Vibrissen wieder wachsen lassen, doch muss man den Patienten anweisen, sich erst täglich, dann zweimal, endlich einmal die Woche noch durch längere Zeit hindurch mit der Salbe einzureiben. Der chronische Nasencatarrh ist unbedingt auch zu behandeln.

Endlich wäre bei den scrophulösen Formen des Eczems neben innerlichem Gebrauch die Ausspülung der Nase mit verdünnter Haller-Jodwasserlösung sehr zu empfehlen.

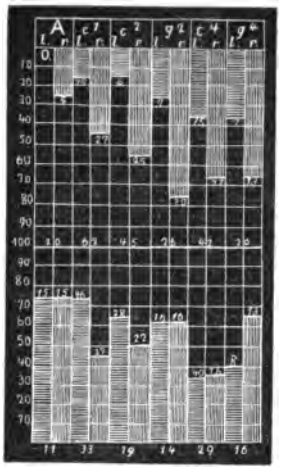
II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Die graphische Darstellung der Resultate der Hörprüfung mit Stimmgabeln. Von Dr. A. Hartmann. (Deutsche medic. Wochenschrift 1885, Nr. 15.)

H. hat die Zeitdauer, während welcher eine jede von 6 Stimmgabeln (A, c^1, c^2, g^2, c^4, g^4) gemäss Prüfung bei 4 Normalhörenden percipirt wird, durch graphische Darstellung veranschaulicht, indem er derselben eine doppelte, zu 1 Tafel vereinigte, je 100theilige Scala zu Grunde legt, welche, den 6 Stimmgabeln entsprechend, in ebenso viele nebeneinander liegende Abtheilungen zerfällt, jede mit Unterabtheilung für rechts und links; die obere Hälfte der Tafel dient der Darstellung der Untersuchungsresultate für Luftleitung, die untere für Knochenleitung. Die Zeitdauer für beide Leitungen ist unter jeder Stimmgabel vermerkt. Die anomalen

Befunde werden nun — mit gleichzeitigem Vermerk der Secundenzahl des Prüfungsergebnisses — durch Schraffirung, farbige Zeichnung etc. in die Colonne der entsprechenden Stimmgabel eingetragen, nachdem die Zahl der zu markirenden Theilstriche der Scala durch einfache Gleichung gefunden worden ist. Wird z. B. die normaliter in der Luftleitung 20 Secunden hindurch gehörte A-Stimmgabel rechts nur 5 Sec. lang gehört, so verhält sich 20 : 5 = 100 : x, also x = 25, i. e. die Zahl der aus zufüllenden Theilstriche. Das Prüfungsresultat der Kopfknochenleitung wird ebenfalls mit der normalen Zeitdauer für Luftleitung in Gleichung gestellt, nicht, wie man erwartet, mit derjenigen für Knochenleitung; es entspricht hier also die graphische Darstellung nicht völlig den thatsächlichen Verhältnissen, jedoch „soll dadurch sich der directe Vergleich derLuft- und Knochenleitung besser anstellen lassen." Eines der beiden dem Aufsatze beigefügten Schema ist hier der Erläuterung wegen wiedergegeben. — Es leuchtet ein, dass die graphische Methode auch hier ihre grossen Vorzüge, bezüglich übersichtlicher und rascher Orientirung etc., besonders bei längerem Gebrauche, geltend machen wird; jedoch ist, wie H. selbst bemerkt, der grosse Zeitaufwand von 1/2 — 3/4 Stunde für eine beiderseitige Prüfung jedenfalls ein grosses Hinderniss für die allgemeinere Einführung; auch wird die Ermüdung des Patienten und auch wohl des Arztes, der für jedes einzelne Resultat das Mittel aus 3 Prüfungen zu ziehen hat, keine geringe sein.



Keller.

Ueber den Menière'schen Symptomencomplex und die durch Cerebral-Erkrankungen bedingten Gleichgewichtsstörungen. Von B. Baginsky. (Berl. klin. Wochenschrift 1885, No. 6.) Antwort zu dem Aufsatze von Prof. Moos und Bemerkungen zu vorstehender Antwort von B. Baginsky. (Berl. klin. Wochenschrift 1885, No. 10.)

B. tritt in diesem Aufsatze neuerdings für seine bekannte Auffassung ein, dass die bei den Flourens'schen Experimenten beobachteten Gleichgewichtsstörungen nichts mit der Verletzung der Bogengänge, als peripheren Organs des Gleichgewichtssinnes zu thun haben, vielmehr stets auf Hirnläsionen zurückzuführen seien. Nachdem die physiologische Seite der Frage mit der kurzen Hindeutung auf die gegnerischen Arbeiten und dem Hinweis auf die eigenen, bis auf Weiteres als ausschlaggebend hingestellten Untersuchungen erledigt worden — wobei eine Widerlegung der letzten Hypothesen von Högyes demnächst in Aussicht gestellt wird — wendet B. sich hauptsächlich gegen die auf Grund klinischer Beobachtungen von Ohrenärzten gezogenen Schlüsse, dass Schwindel und Gleichgewichtsstörungen mit Labyrinthaffectionen, in specie Erkrankung der halbcirkelförmigen Canäle zusammenhängen können; besonders polemisirt er gegen Moos, in dessen Monographie über epid. Cerebrospinalmeningitis, sowie in anderen Arbeiten desselben Autors er verschiedentliche Widersprüche

und willkürliche Annahmen zu finden glaubt. Für die Localisation der Coordinationsstörungen beim Menière'schen Symptomcomplex im Labyrinthe liege bisher kein zwingender Grund vor, es müsste vielmehr, nach den positiven physiologischen Experimentalergebnissen einerseits und der Unbestimmtheit und Zweideutigkeit der klinischen Beobachtungen andrerseits, allemal, wenn zu einer Labyrinthentzündung Schwindel hinzutritt, die Ursache nicht im Labyrinth, sondern in dem mit ihm anatomisch durch die Aquäducte und die Blutvertheilung in so naher Relation stehenden Gehirn zu suchen sein.

M. wendet sich in seiner Antwort gegen die ihm von B. gemachten Einwendungen, welche er durch den Nachweis irrthümlicher oder einseitiger Auslegung etc. zu entkräften sucht; es kann hier auf die einzelnen strittigen Punkte der Detaillirung halber nicht eingegangen werden. Eine Erwiderung von B. bewegt sich auf rein persönlichem Gebiete. — Das hier in Frage stehende Thema ist noch so wenig spruchreif, dass die äusserste Reserve in der Formulirung irgend welcher, auf physiologische oder klinische Beobachtungen basirenden Schlüsse geboten erscheint; persönliche Gereiztheit vermag nur die ruhige Objectivität der Auffassung zu trüben. Keller.

Transactions of the american otological society. III. Band, 3. Heft, als Bericht der 17. Jahresversammlung americanischer Ohrenärzte, enthält folgende Publicationen:

Ueber die Indicationen zur Eröffnung des Warzenfortsatzes auf Grundlage einiger neuer Beobachtungen. Von H. Knapp.

Verf. hat „früher ohne äusserliche Zeichen einer Eiterung in der Warzenzellenregion, namentlich wenn bei acuter Paukenhöhlenentzündung freier Abfluss eines gesunden Eiters durch den Meatus stattfand, nicht operirt. Er hat seine Meinung jedoch nicht allein in diesen beiden Punkten geändert, sondern auch in jenen Fällen operirt, wo überhaupt kein flüssiges Entzündungsproduct zu erwarten ist, d. h. bei Sclerose des Warzenfortsatzes, und veröffentlicht je einen Fall auf jeder dieser drei Gruppen als Beweis für die Legitimität zur Eröffnung unter gewissen Bedingungen.

Die Operation ist angezeigt, wenn trotz Perforation oder Paracentese oder eines mehr oder weniger freien Eiterabflusses, die cerebralen Symptome, namentlich constanter Kopfschmerz von den Warzenzellen nach hinten und seitlich ausstrahlend, ununterbrochen mehrere Wochen anhalten; wenn bei Tympanitis purulenta chronica Sclerose des Warzenfortsatzes vermuthet wird nebst chronischem halbseitigem Kopfschmerz; bei sclerosirender (condensing), chronisch nicht eiternder Mastoiditis, intactem Trommelfell, heftigen Schmerzen, Gehirnsymptomen.

J. A. Lippincott spricht über Mastoiditis interna chronica mit Sclerose. Trepanation, Heilung. Eine 19jähr. Patientin leidet seit Monaten an rasenden Kopfschmerzen, Uhr nur an der Muschel hörbar; Trommelfell entzündet, leichter Nasenrachencatarrh. Nachdem alle Mittel im Stiche liessen, und schliesslich die Warzenregion anschwoll, wurde nach zwölf Monaten zur Eröffnung derselben geschritten; Verf. fand den Knochen hart, elfenbeinartig, sclerotisch. An diese beiden Vorträge schloss sich eine sehr lebhafte Discussion, an der Buck, Kipp, Theobald, Sexton,

Jones, Seely, Andrews, Pooley, Mathewson, Freyer, Prout, Alt sich hervorragend betheiligten.

Albert Buck hält einen Vortrag über grosse Dosen von Jodkali bei plötzlicher Taubheit und muthmaasslicher Syphilis. Die vom Verf. mitgetheilten hierher gehörigen 5 Fälle, wie die anderer Collegen, sollten als Beitrag zum fraglichen Gegenstande dienen. Vortragender eliminirt alle jene Fälle, wo nicht mit grosser Wahrscheinlichkeit syphilitische Infection angenommen werden konnte und folgert aus seinen und aus den Erfahrungen Anderer, dass grosse Dosen von Jodkali, einige Zeit oder wochenlang täglich verabreicht, nicht zum gewünschten Ziele führen, nachdem er vollständige Heilung nie, nur vielleicht zweimal eine vorübergehende Besserung erreichen konnte. Die einzige plausible Erklärung dieser ungünstigen Resultate ist diejenige, dass eine syphilitische Infection des Labyrinthes, namentlich der Schnecke, wohl selten eine Gehörstörung verursacht, die reparirbar wäre. Eine antisyphilitische Behandlung führt wohl zur Resorption des Gumma oder anders gearteter Veränderungen, aber sie kann jene delicaten und unendlich zart adjustirten Organe nicht rehabilitiren und functionsfähig machen, welche das syphilitische Gift derangirt oder gar zerstört hat. Die von Roosa und Webster veröffentlichten günstigen Resultate sind zu den grössten Ausnahmen zu zählen. Auch dieser Vortrag war mit einem lebhaften Ideenaustausch verbunden.

J. J. B. Vermyne spricht über Krankheiten der Siebbeinzellen, verursacht durch chronischen Nasenrachencatarrh. Exophthalmus. Trotz der Wichtigkeit der Nasenrachenhöhle als häufigem Factor in der Entstehung von Ohrenkrankheiten passt der vom Verf. publicirte, jedenfalls sehr interessante Fall mehr in eine Zeitschrift für Augenheilkunde.

Der zweite von Vermyne gehaltene Vortrag ist über ein Myxofibrom der Schädelbasis, Blindheit und 7 Jahre später Taubheit verursachend mit Destruction des Labyrinthes. Die Krankengeschichte dieses Falles kann Verf. nicht mit gehöriger Gründlichkeit und Vollkommenheit mittheilen, weil die 20jährige Patientin in den 8 Jahren ihres Leidens eine Legion von Aerzten verschiedenster Specialität consultirte. Die erste Klage begann mit den Augen, dann trat intensiver Kopfschmerz in der Occipitalgegend dazu, dann wurde sie plötzlich nach verschiedenartigsten Versuchen in erfolglosen Heilmethoden nach sieben Jahren absolut taub. Geist ungetrübt; keine Gleichgewichtsstörung; keine Aphasie, nur etwas schleppender in den Antworten. Physicalische Untersuchung des Ohres negativ; Stimmgabel (von wo? Ref.) kaun links, etwas besser rechts gehört. Section 24 Stunden nach dem Tode gemäss eines ausdrücklichen Wunsches der Patientin: Beträchtliche Ausbreitung des Myxofibroms in die mittlere Schädelgrube.

Kipp spricht über Epitheliom und Fibro-Lipom der Muschel. Beide Geschwülste entwickelten sich ohne nachweisbares Trauma, das erste binnen einer Woche, das zweite, sich allmählig vergrössernd, binnen zweier Jahre.

Lucien Howe spricht über Hämatom der Muschel bei einer gesunden Person, behandelt mittelst Ergotininjectionen. Verschiedene Umstände, die zur Vorsicht mahnten, veranlassten Verf., die Wirkung des Ergotins zu versuchen. Er injicirte subcutan Anfangs 2 Tropfen vom

Extract in die kranke Muschel. Schmerz und Schwellungstendenz; nach einer Woche 4 Tropfen, fortsetzend in Intervallen von 8 Tagen nahezu 2 Monate, bis zur totalen Aufsaugung des Othämatoms.

Seely spricht über Behandlung der Otitis media suppurativa mit Jequirity. Angeregt durch die Erfolge, welche Oculisten bei gleichgearteten Entzündungsformen erreichten, wendet Verf. dieses Mittel bei chronischen Trommelhöhleneiterungen an, namentlich um verdickte Schleimhäute zur Resorption zu reizen. Er führt das Medicament mittelst einer mit Watte armirten Sonde in's Mittelohr ein, oder mittelst Einträufelungen. Es folgt diffuse Suppuration, auch grosser Schmerz, doch der Erfolg ist sehr befriedigend.

Spencer demonstrirt einen von ihm modificirten Apparat (den gewöhnlichen Robinson'schen, soll wohl heissen Richardson'schen Zerstäuber).

Todd hält einen Vortrag über Necrose des rechten Labyrinthes; totale Facialisparalyse derselben Seite; partiale Heilung. Er entfernte bei einer 19jährigen Patientin, die seit Kindheit an Otorrhoe litt, einen aus Wucherungen umhüllten Sequester, der Anfangs fest eingekeilt war, und welcher als ein Theil der Schnecke erkannt wurde. Ausfluss und Granulation heilten bald, doch die Lähmung blieb und besserte sich nach monatelanger Behandlung mittelst faradischen Stromes. Die Chorda tympani blieb functionsunfähig.

Clarke macht eine kurze Mittheilung über Uebung des Gehörs bei Taubstummen. Die Experimente Gillespie's liessen die zweifellose Thatsache erkennen, dass das Gehör der Taubstummen durch Trainiren entwicklungsfähig sei in dem Masse, dass viele Zöglinge beim Entlassen der Institute so gut hören als viele harthörige Patienten, und wirft daher an diese spruchfähige Versammlung die Frage auf, ob dies vom wissenschaftlichen Standpunkte zu erklären sei. Die Angelegenheit wurde einem Comité übertragen. Lichtenberg.

Das Cocaïn bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Von v. Stein in Moskau. (Deutsche Med. Wochenschr. 1885, 9.)

Ueber Cocaïnwirkung bei Operationen am Trommelfell. Von Kirchner. (Deutsche Med. Wochenschr. 1885, 4.)

De la Cocaïne. Von Baratoux (Rev. Mens. 1885, 3.)

v. St. wandte eine 1—5pctg. Lösung an vermittelst Eingiessen in den Gehörgang. Es zeigte sich hierauf das Trommelfell höchst anämisch (!) und durchsichtig, so dass das Promontorium gut durchschimmerte; jedoch trat trotz 15 Minuten langer Dauer des Ohrbades in keinem Falle völlige Unempfindlichkeit des Trommelfelles ein (stärkere Solutionen zog v. St. seltsamerweise nicht in Gebrauch). Indicationen zur Cocaïnanwendung waren: schmerzhafter Catheterismus tubae (Bepinseln der Wände des unteren Nasengangs), Aufhellen des Trommelfells in Fällen schwieriger Diagnose von Exsudaten im Tympanum (einige Tropfen einer 1pctg. Lösung genügten), Sistirung der Schmerzen bei acuter Otitis media mit oder ohne Perforation, Ohrpolypenoperation, Wulstung der blossliegenden Paukenschleimhaut, welche durch Cocaïn zu raschem Abschwellen mit verminderter Secretion gebracht wurde.

Uebereinstimmend mit den Erfahrungen anderer Ohrenärzte (cf. Weber-

Liel, No. 1 dieser Zeitschrift lauf. Jahrg.) empfiehlt K. zur Anästhesirung bei Operationen am Trommelfell stärkere Cocaïnlösungen, 10 pCt. und selbst 20 pCt., da erstere ihn in einzelnen Fällen (verdicktes Trommelfell) im Stiche gelassen. Applicationsweise ist folgende: nach gründlicher Reinigung und Austrocknung des Gehörgangs wird die Lösung mit weichem Haarpinsel oder Wattebäuschchen 5—6 Mal hintereinander auf's Trommelfell aufgetragen, oder aber ein mit der erwärmten Lösung getränktes Bäuschchen bis zur Membran vorgeschoben und 10—15 Minuten liegen gelassen. Operationen wie Paracentese, Durchschneidung von Trommelfellfalten, Tenotomie des Tensor tymp., Durchtrennung des Hammergriffs in der Höhe des Proc. brevis wurden hierbei ohne erhebliche Fixation des Kopfes und nennenswerthen Schmerz ausgeführt.

Auch B. lobt die anästhesirende Eigenschaft einer 5—10 pCt. Lösung bei Operationen im Gehörgang, am Trommelfell und in der Paukenhöhle; bei letzteren macht er Einspritzungen einiger Tropfen obiger Lösung vermittelst des Weber-Liel'schen Paukenhöhlencatheterchens in die Pauke und bepinselt alsdann das Trommelfell mit derselben Solution oder giesst einige Tropfen in den Gehörgang. B. will auch Nachlass von Ohrgeräuschen, sowie der Schmerzen bei Otitis med. acuta constatirt haben. Keller.

Ein Fall von seit frühester Jugend bestehender (angeborener?) einseitiger Schwachsichtigkeit und Schwerhörigkeit, mit Besserung beider. Von Dr. Kiesselbach und Dr. Wolffberg. (Berl. klin. Wochenschrift 1885, 15.)

Bei einem 36jähr. Patienten fand sich hochgradige Schwerhörigkeit rechts (Uhr erst in Contact mit dem Ohre), Stimmgabelprüfung bei Knochenleitung schwankend; an der rechten mittleren Nasenmuschel breite polypoide Schleimhautschwellung, Nasen- und Rachencatarrh. Entfernung des Polypen, Catheterisation der rechten Tuba mit Lufteinblasung und zeitweise Bougirung. Nach der Polypenoperation gab Patient an, dass es ihm vorkomme, als ob auf dem rechten Auge, welches stets verschleiert gewesen, sich der Schleier zu lichten begänne und dass sich diese Wahrnehmung mit jeder Bougirung steigere. Die ophthalmoscopische Untersuchung (durch Dr. Wolffberg) ergab centrales Scotom mit Sehschärfe = 5/50. Während nun im weiteren Verlaufe von circa 4 Wochen nach sechsmaliger Catheterisation und zeitweiliger Bougirung das Scotom unverändert blieb, hob sich die Sehschärfe bis auf 5/10, desgleichen liess sich eine Erweiterung der Farbengrenzen constatiren. K. und W. sehen zumal letzteren Umstand als sicheren Beweis für die Erhöhung des excentrischen Lichtsinns im vorliegenden Falle an, wie solche auch z. B. durch Strychnin zu Stande kommt, und halten dafür, dass die Catheterisation und Bougirung einen analogen Effect gehabt habe. Es würde somit der Fall eine Illustration zu den Beobachtungen von Urbantschitsch sein, dass Reizungen des Quintus, wie auf die Sinnesempfindungen überhaupt, so auch auf das Sehvermögen zuweilen einen auffälligen Einfluss ausüben. Der Reiz wurde hier hauptsächlich wohl auf die Quintusverzweigungen in der Nasenschleimhaut, wenngleich auch der Tuba, ausgeübt, und dürfte insofern der Fall auch nicht so sehr ein Beispiel des Einflusses von Ohrleiden auf die Function des Auges, als vielmehr ein weiterer Beitrag zu

dem neuester Zeit in etwas extravaganter Weise behandelten Thema über Reflexerscheinungen von der Nase aus sein. Keller.

Zwei Fälle von grossen erworbenen Defecten im Schläfenlappen. (Aus der medicinischen Klinik des Prof. Kussmaul in Strassburg.) Mitgetheilt von Dr. Koerner. (Berl. klin. Wochenschr. 1885, 17/18.)

Die beiden Fälle, bei welchen als Folge längst überstandener Gehirnerkrankung (wahrscheinlich Encephalitis) grosse Defecte einmal des linken, das andere Mal des rechten Schläfenlappens zufällig bei der Section gefunden wurden, interessiren uns an dieser Stelle aus dem Gesichtspunkte, weil sich bei denselben keinerlei Defect des Gehörsinnes intra vitam vorgefunden hatte. Bekanntlich ist durch die Untersuchungen von Munk die Rinde des Schläfenlappens als das sensorische Centrum des Acusticus, als Hörsphäre bezeichnet worden, und zwar für das Ohr der entgegengesetzten Seite; es hätte also in beiden Fällen einseitige Schwerhörigkeit oder Taubheit bestehen müssen. Es war dies jedoch nicht der Fall, wie nachträglich (intra vitam hatte nichts auf den Hirndefect hingewiesen) auf's Genaueste durch Nachforschen bei der Familie, dem Wärterpersonal und Bettnachbarn im Hospital, sowie aus der Erinnerung der behandelnden Aerzte festgestellt wurde. Nur in allerletzter Zeit soll bei dem einen, 60jähr. Patienten eine geringe Abnahme der Hörschärfe sich eingestellt haben, die ungezwungen auf das vorgerückte Alter zu beziehen war; zur Zeit der Encephalitis, 20 Jahre vor dem Tode, bestand, nach Angabe der Frau, sicherlich keine Hörstörung. Eine absolute Beweiskraft haben natürlich beide Fälle nicht, verdienen aber gleichwohl Beachtung. Das gleichzeitige Fehlen von Sprachstörungen trotz Läsion der ersten linksseitigen Schläfenwindung bei rechtshändigem Patienten ist jedenfalls die interessanteste Seite der Beobachtung, auf welche wir jedoch an dieser Stelle nicht näher eingehen können. Keller.

Seröse Cyste der linken Ohrmuschel; Incision; Heilung. (Aus dem noch nicht veröffentlichten Protokoll der wissenschaftlichen Zusammenkunft deutscher Aerzte von New-York vom 27. Juni 1884). Patient vorgestellt von Dr. A. Schapringer in New-York.

Der Fall betraf einen 24jährigen Handlungsgehilfen, bei dem sich im obern Theil der Fossa scaphoidea der linken Ohrmuschel im Verlauf einiger Monate eine durchscheinende Geschwulst von Bohnengrösse schmerzlos gebildet hatte. Patient erhielt vor geraumer Zeit von einem Kameraden an dieser Stelle im Scherz das applicirt, was man bei veränderten topographischen Verhältnissen einen Nasenstüber nennen würde, doch bemerkte er die Entstehung der Geschwulst nicht unmittelbar nachher, sondern erst später. Die Cyste prominirte mehr an der vorderen Oberfläche der Muschel, als an der hinteren. Nach probeweiser Entleerung des hellen, serösen Inhalts füllte sie sich rasch wieder und zeigte nun bei durchfallendem Licht ein zierliches Hyphäma (Folge der Punction). In diesem Zustande sah auch Herr Dr. Ferrer aus San Francisco den Fall. Die Incision wurde aus cosmetischen Rücksichten hinten ausgeführt, obwohl die Cyste vorn, wo sie mehr prominirte, auch dünnwandiger schien. Der Knorpel musste durchtrennt werden, um an den

flüssigen Inhalt zu gelangen, der sich augenscheinlich in einem Hohlraum zwischen Knorpel und vorderem Perichondrium angesammelt hatte.

(Eine Woche nach der Versammlung, in welcher dieser Fall vorgestellt wurde, präsentirte sich dem Autor-Ref. ein 64jähriger Deutscher, der eine durchscheinende Geschwulst von derselben Grösse an genau derselben Stelle trug. Trauma konnte nicht eruirt werden. Der Vorschlag einer Incision bewirkte das Verschwinden — nicht der Geschwulst, sondern des ganzen Patienten.) A. Schapringer (New-York).

Zur Therapie der Krankheiten des äusseren Gehörgangs. Von Kessler. (Arzt, 1884, 6.)

Verf. empfiehlt als sehr gutes schmerzmilderndes Mittel warmen Wasserdampf — man muss ein nicht zu breites Gefäss bis zur Hälfte mit siedendem Wasser füllen und das kranke Ohr darüber halten.

E. Stepanow.

---

b) Rhino-pharyngo-laryngologische:

Werth der Galvanocaustik im Vergleich mit anderen Methoden zur Zerstörung von Parthien der Nasen- und Rachenschleimhaut. (The Galvano-Cautery, Compared with Other Means of Destroying the Mucous Membrane of the Nasal and Pharyngeal Cavities.) Von E. L. Shurley (Detroit, Michigan, Verein. St.). Verhandlungen der American Laryngological Association vom 14. Mai 1884. (The New-York Medical Journal, 24. Januar 1885.)

Verf. warnt vor unmässiger Anwendung von Aetzmitteln sowohl, als auch der kalten Schlinge in der Nasenhöhle. In mehreren Fällen sah er eine „progressive chronische Pharyngo-Laryngitis“ nach solcher, allzu geschäftiger Medication entstehen. Im Uebrigen zieht er den Galvanocauter der kalten Schlinge und den chemischen Aetzmitteln vor, ausgenommen bei Neoplasmen, wo die kalte Schlinge am Platze sei.

A. Schapringer (New-York).

Behandlung der Nasenpolypen. (Traitement des polypes du nez.) Von Dr. Richardson. (The Lancet, 26. Juli 1884 und Revue mensuelle de laryngologie No. 1.)

Natriumethyl wird mittelst Wattetampons auf die Polypen gebracht; nach einigen Tagen fällt die Geschwulst von selbst ab; der Stiel wird nachher ebenso behandelt. Das Ethylnatrium wird durch das im Polypen sich befindende Wasser in caustisches Natron und in Alcohol zersetzt; letzteres coagulirt das Eiweiss und ersteres wirkt als Causticum.

Dr. P. K.

Rundzellensarcom des Pharynx und weichen Gaumens, Operation, Heilung. (A Case of Diffuse Round Cell Sarcoma, Involving the Posterior Nares, Vault of the Pharynx, Soft Palate, Pillar of the Fauces, Right Tonsil, and Lower Pharynx, Operation; Cure.) Von F. H Bosworth in New-York. (The Medical Record, 17. Jan. 1885.)

Der 42jährige Patient war so heruntergekommen, dass B. von einer radicalen Entfernung absah und statt dessen in täglich wiederholten Sitzungen mit der von ihm modificirten Jarvis'schen Drahtschlinge

(Med. Record, 13. Januar 1883) die Neubildung stückweise verkleinerte. Die Fragmente wurden von Dr. W. Welch microscopisch untersucht und für Lymphosarcom gehalten, obwohl die Anwesenheit von Riesenzellen die Diagnose etwas unklar machte. Eine im spätern Verlauf von C. Heitzmann angestellte Untersuchung führte zur Diagnose: malignes Rundzellensarcom oder Globomyelom. Nach Entfernung eines wallnussgrossen necrotischen Pfropfs aus der Tiefe der Geschwulst besserte sich der Allgemeinzustand auffallend, als jedoch Bosworth hierauf statt des Schlingenschnürers galvanocaustische Aetzung in Anwendung zog, folgte jedesmal heftige Reaction und Kräfteverfall. Er ging deshalb zur ersten Methode zurück und beendete die Behandlung im November 1882, nachdem er die Schlinge ungefähr 200 Mal angelegt hatte.

Im August 1884 war Pat. noch frei von Recidiv.

A. Schapringer (New-York).

Zur Kenntniss der adenoiden Vegetationen im Pharynxgewölbe. (A Contribution to the Study of Adenoid Vegetations at the Vault of the Pharynx.) Von Beverley Robinson in New-York. [Vortrag, gehalten in der am 14. Mai 1884 abgehaltenen Versammlung der American Laryngological Association.] (New-York Medical Journal, 7. Februar 1885.)

Verf. hat die Anwesenheit von adenoiden Vegetationen bei Weitem nicht so häufig constatiren können, wie andere Autoren (Meyer in Copenhagen, Bosworth und Swinburne in New-York). Er empfiehlt die Bosworth'sche Modification des Jarvis'schen Schlingenschnürers und für Fälle, wo man gezwungen ist, ohne rhinoscopische Controle zu operiren, die Anwendung der Thomas'schen stumpfen Uterincurette. Weiters zeigte er auch einen Galvanocauter, bei welchem die Drähte mit Asbest umwickelt sind.

A. Schapringer (New-York).

Congenitaler Defect des rechten vorderen Gaumenbogens. (Hiatus in the Anterior Pillar of the Fauces of the Right Side, with Congenital Absence of the Tonsil on Either Side.) Von J. Herbert Claiborne jun. in New-York. (The Amer. Journal of Med. Sciences, April 1885.)

Enthält eine genauere Beschreibung des Falles aus der Praxis von Dr. E. Grüning, welchen Ref. am Schluss seines in No. 11 des v. J. erschienenen Artikels kurz erwähnte. Der Betreffende, ein 58jähriger Mann, entdeckte den Defect zufällig im Spiegel. Es war ein die ganze Dicke des rechten vorderen Gaumenbogens durchsetzender Canal, der mit einer sechs Linien langen, schief von oben und innen nach aussen und unten gestellten ovalen Oeffnung begann, sich aber nach hinten bedeutend verengerte, so dass er nur für eine gewöhnliche Sonde durchgängig wurde, bis er in der Mandelnische frei endigte. Die Mandeln fehlten beiderseits.

A. Schapringer (New-York).

Epitheliom der linken Tonsille. (A Case of Primary Epithelioma of the Tonsil.) Von F. Donaldson in Baltimore. (The Medical Record, 7. März 1885.)

Bei einem 64jährigen Arbeiter irländischer Abkunft wurde im März 1884 die anscheinend blos hypertrophische linke Tonsille, welche eine

horizontal von vorne nach hinten verlaufende Furche zeigte, mittelst der kalten Schlinge abgetragen. Als Patient im folgenden Juni sich wieder vorstellte, war die Tonsille wieder zu derselben Grösse, wie vor der Operation, herangewachsen. Entfernung auf galvanocaustischem Wege. Mitte September wurde Lymphdrüsenanschwellung constatirt, nachdem kurz vorher Ulceration der Neubildung eingetreten war. Die um diese Zeit angestellte microscopische Untersuchung (Prof. Councilman in Baltimore) bestätigte den Verdacht auf maligne Neubildung. Von einer radicalen Operation wurde auf Anrathen von Prof. Tiffany abgesehen. Die Geschwulst war zur Zeit der Veröffentlichung (d. i. neun Monate nachdem sie zuerst beobachtet wurde) in Ausbreitung begriffen.

Zum Schluss giebt Verf. eine mit auffallend wenig Druckfehlern behaftete Zusammenstellung der bisher veröffentlichten (71) Fälle von Tonsillenkrebs. A. Schapringer (New-York).

Die Schilddrüse; ihre Beziehungen zur Pathologie des Myxoedema und Cretinismus. (The thyreoid gland; its relation to the pathology of myxoedema and cretinisn.) By Victor Horsley, Professor superintendent of the Brown-Institution. (Lecture I u. II. — Ref. in Medic. Times, No. 1799.)

H. behandelt in den beiden ersten von fünf Abschnitten die Anatomie und die Theorien der physiologischen Functionen der Schilddrüse. Sie ist nach Bau und Entwickelung eine Drüse; die einzelnen Acini sind von Blut- und Lymphgefässen umsponnen. Virchow und Boéchat glaubten, dass die einzelnen Acini mit einander communicirten, während andere die Schilddrüse durch feine Gänge mit Trachea oder Larynx in Verbindung glaubten. Der Inhalt der Läppchen ist nach Kühne Mucin, nach Gorup-Besanez aber wegen seines Verhaltens zur Essigsäure von demselben verschieden; Baber nahm an, dass das Mucin von den Epithelien secernirt und von den Lymphgefässen wieder aufgenommen werde. Die Theorie, dass die Aufgabe der Schilddrüse die Regulirung der Blutcirculation im Gehirn sei, ist nicht zuerst von Liebermeister, sondern von Simon aufgestellt; letzterer meint auch, dass die Thyreoidea eine zur Ernährung des Gehirns nöthige Substanz bilden möge. Luschka's Ansicht von der mechanischen Beeinflussung der Gehirncirculation und die Möglichkeit einer blutbildnerischen Function der Schilddrüse werden nicht vergessen.

Experiment und chirurgische Erfahrungen haben angefangen, das über der Physiologie der Schilddrüse schwebende Dunkel zu lichten. Kocher sah nach Kropfexstirpationen Cretinismus; Schiff und Andere machten Hunde durch Entfernung der Thyreoidea idiotisch und sahen sie im Coma sterben. H. hat dieselbe Operation an Affen unter streng antiseptischen Cautelen vorgenommen. 5 Tage nach der Operation stellten sich fibrilläre Zuckungen der Musculatur, zuerst in den Händen, ein und machten allmählig einem anhaltenden Tremor Platz, ähnlich dem bei Paralysis agitans; Convulsionen kamen vor, doch wurde Tetanus nicht beobachtet. Der Tremor der Extremitäten dauert auch nach Exstirpation ihrer corticalen Centren unverändert fort, und ebenso, wie Schiff feststellte, nach Durchschneidung der peripheren motorischen Nerven. Willensimpulse vermindern, Aetherinhalationen vermehren, Reflexreize

heben den Tremor auf. Das verlängerte Mark oder das Rückenmark sind demnach als der Sitz des Leidens zu betrachten. Die Sensibilität ist namentlich, wenn der Tremor stark vorhanden ist, etwas verringert, die Hautreflexe herabgesetzt, der Patellarreflex vorhanden, nie das Fussphänomen. Mastdarm- und Blasenfunction ungestört. Der Blutdruck fällt stetig und es vermehren sich die weissen Blutkörperchen, während die rothen abnehmen. Der Globulingehalt des Blutes ist ein vermehrter und im Blute findet sich Mucin. Ab und zu auftretende Dyspnoe ist als bulbäre aufzufassen, da der Larynx und seine Nerven intact waren.

Die Speicheldrüsen hypertrophiren und die Parotis secernirt am Ende nur noch Schleim; die Milz schwillt an; Omentum und Intestinaltractus hypertrophiren ebenfalls; das Peritonäum enthält eine mässige Menge mucinhaltiger Flüssigkeit. Die Haut ist auffällig blass, normal befeuchtet und im Gesicht, namentlich an den Augenlidern geschwollen; die Haare sind atrophisch. Die Körpertemperatur steigt nach der Operation nur wenig an und kehrt bald zur Norm zurück und wird gegen das Lebensende subnormal; der Tod erfolgt im Coma. Die Intelligenz der Thiere nimmt nach der Operation rapid ab. Die Sectionen ergaben, dass der Sympathicus stets unverletzt und gesund war; das subcutane Bindegewebe ist vermehrt, namentlich in den Halsdreiecken und im Hypochondrium; dasselbe gilt von dem Bindegewebe des Mediastinums, Omentums, der Coronararterien und der Muskeln. Die Schleimhaut des Digestionsapparates ist geschwollen; an den Centralorganen grosse Blässe; die Maschen der Pia durch Flüssigkeit erweitert. Der Mucingehalt der Parotis ist 1,21, der der Sublingualis 4,6 : 1000, also enorm vermehrt.

Die Schilddrüse hat demnach einen grossen Einfluss auf die Ernährung des ganzen Körpers; die von H. beobachtete mucoide Entartung ist Folge des Fehlens jenes Einflusses. Myxoedem, Cachexia strumipriva und Cretinismus haben den gleichen Ursprung und hängen ab von derselben Ursache, der Entfernung der Schilddrüse; Kocher's und Hadden's Theorien zur Erklärung obiger Krankheitsbilder sind hinfällig; die Bindegewebsveränderung ist die Grundlage für alle.

Die Meinung, dass die Schilddrüse ein Excretionsorgan sei, ist demnach von experimentellen Thatsachen gestützt; sie entfernt wahrscheinlich einen dem Organismus schädlichen mucinartigen Körper und der Verlust dieses Excretionsorganes wird mit dem Tode bezahlt.

Die chirurgische Behandlung hat sich demgemäss zu beschränken auf Injectionen, am besten nach Demme's Vorschrift, auf partielle Exstirpationen, oder auf die von Sidney Jones empfohlene Excision des Isthmus zwischen Seidenligaturen. Götze.

Ueber den physiologischen Zusammenhang zwischen der Milz und Schilddrüse. Von Dr. Zesas. (Arch. f. klin. Chirurgie, 31. Bd., H. 2.)

Z. fasst das Ergebniss seiner Untersuchungen in folgende Punkte zusammen:

1) Es existirt ein physiologischer Zusammenhang zwischen Milz und Schilddrüse in der Weise, dass im Falle der Entfernung des einen dieser Organe das zurückgelassene dessen blutbildende Thätigkeit übernimmt;

2) Die Schilddrüse besitzt ausser ihrer blutbildenden Thätigkeit die Eigenschaft, die Blutcirculation des Gehirns zu reguliren;

3) Letztgenannte Function ist der Schilddrüse allein eigen und kann von der Milz nicht übernommen werden;

4) Die Thyreoidectomie hat Anaemie des Gehirns zur Folge, was sich durch die Gehirnanämiesymptome manifestirt;

(Z. ist daher auch der Ansicht, dass das Kocher'sche Symptomenbild der Cachexia strumipriva einzig auf Hirnanämie und nicht auf pathologische Veränderungen der Trachea, welche Kocher als Ursache anzunehmen geneigt ist, die Z. aber nie zu beobachten Gelegenheit hatte, zurückzuführen sei. Ref.)

5) Als Ursache des letalen Ausganges der Exstirpation beider Organe ist der Ausfall der wichtigsten Blutbildungsstätten (Milz und Schilddrüse) und des Hirncirculations-Regulators (Schilddrüse) zu betrachten.

Heinze.

Zum Kropftod. Von Dr. Seitz. (Arch. f. clin. Chirurgie, 30. Bd., H 1.)

Auszug aus einer von Schnitzler unter dem Titel „über Kropfasthma" 1877 veröffentlichten (in Jahrg. 1878 dies. Monatsschr., pag. 21, bereits referirten) Krankengeschichte eines Falles von Kropf, „bei dem nach hochgradiger Beengung plötzlicher Tod eintrat in Folge von Glottiskrampf", und den Verf. unter der Literatur zu seinem in No. 2, Jahrg. 1884 dies. Monatsschr., pag. 30, vom Ref. dieses besprochenen Aufsatze zu erwähnen unterlassen hatte. Die nochmalige Veröffentlichung erfolgt, „weil Prof. Schnitzler gewünscht hatte, dass Verf. selber auf seine schon vor 6 Jahren gemachte Mittheilung aufmerksam mache."

Heinze.

Croup und Diphtheritis. Von Dr. Aufrecht in Magdeburg. (Sectionssitzungen der 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg.)

Croup und Diphtheritis sind nach Aufrecht identische Processe, weil:

1) Beiden Erkrankungen dieselben Bacterien zu Grunde liegen; dieser Schluss soll auch dann noch berechtigt sein, wenn man die Bacterien nicht als Ursache der Erkrankung, sondern den gleichen Nährboden als Basis ihrer Entwickelung ansieht (? Ref.).

2) Beide Processe beginnen mit einer über das Epithel sich ergiessenden und einen Theil desselben zerstörenden Fibrinexsudation aus den Gefässen. In der Membran finden sich Bacterien und weisse Blutkörperchen; sie wird in beiden Fällen abgestossen durch die eliminirende Eiterung. Substanzverluste fehlen auch nach Abstossung der diphtherischen Membran, sofern man nur nicht local behandelt hat (!); in einzelnen, selbst hochgradigen Fällen findet sich sogar noch eine glänzende Epitheldecke nach der Abstossung der Membran.

Jede locale Behandlung setzt mit den unvermeidlichen Verwundungen die Möglichkeit einer Einwanderung von Bacterien in das Blut und ist deshalb zu verwerfen. Von 225 Kranken verlor A. von 1880 bis 1883 in der Spitalpraxis nur einen und dieser war local behandelt worden; seine Kranken waren allerdings fast nur Erwachsene. Doch sollen die Resultate in der Kinderpraxis bei blosser Anwendung von Eis und Gurgelung mit Kali chloric. die gleichen sein. Götze.

Chorea laryngea. (Chorée du larynx.) Von Dr. Frédéric Knight in Boston. (Revue mensuelle de laryngologie, No. 1, 1885.)

Als Chorea laryngea muss man alle diejenigen Fälle bezeichnen, wo unwillkürliche Contractionen der Larynxmuskeln stattfinden; immer jedoch muss man festhalten, dass diese Contractionen nur symptomatisch sind.

Man kann drei Classen von Chorea unterscheiden: 1) Fälle, wo nicht nur die Larynxmuskeln, sondern auch die Exspirationsmuskeln des Thorax und des Unterleibes mit afficirt sind; es tritt dann bellender Husten ein; diese Fälle wurden von jeher als „hysterischer Husten", „spasmodischer Husten", „Chorea laryngea" bezeichnet. Der Husten kommt anfallsweise, ist bellend, kommt oft plötzlich bei gesunden Kindern, ist intermittirend, hört auf während des Schlafes, betrifft meist junge Individuen und ist manchmal von Niesen begleitet. Der laryngoscopische Befund ist negativ, höchstens besteht leichte Röthung der Stimmbänder. 2) Bei der zweiten Categorie sind die Larynxmuskeln allein befallen; der einzig bekannte Fall ist von dem Verf. in den Archives of laryngology veröffentlicht; Arsenik und Chinin blieben erfolglos. 3) Bei der dritten Classe sind die Respirationsmuskeln allein afficirt. Chiari hat zwei Fälle beobachtet; hier ist die Prognose ungünstig, wenige Kranke heilen. Continuirlicher Strom, Chinin, Eisen, kalte Douchen nach warmem Bade haben noch am meisten gelindert. Dr. P. K.

Aussatzartige Infiltration der Epiglottis und ihre Beziehungen zu den Bacillen der Lepra. (Considération sur l'infiltration lépreuse de l'épiglotte et de ses rapports avec les bacilles de la lèpre.) Von Dr. George Thin. (British med. Journal, 19. Juli 1884 und Revue mensuelle de laryngologie No. 1.)

Verf. sucht die parasitäre Natur der Krankheit und die Art, nach welcher der Bacillus allmählich die menschlichen Organe inficirt, nachzuweisen. Haut, Leber, Milz und Lungen werden am häufigsten befallen. Verf. erzählt die Geschichte eines 34jährigen, in Sidney an Lepra verstorbenen Patienten, dessen Larynx ihm von Dr. Cox zugesandt wurde. Die Stimmbänder waren theilweise zerstört und die Mucosa war so geschwellt, dass bei Lebzeiten das Athmen sehr behindert sein musste; die Epiglottis war roth geschwellt; die Kranken hatten sich, bei dem allmählichen Fortschreiten der Schwellung, an das Respirationshinderniss gewöhnt. Die Schwellung war besonders am submucösen Gewebe bemerkbar und war nicht überall aussätziger Natur. Epithelium und Knorpel waren normal. Dr. P. K.

Berichtigung.

Aschenbrandt hat in seiner Arbeit: „Ueber den Einfluss der Nerven auf die Secretion der Nasenschleimhaut", eine irrthümliche Angabe gemacht, wie das aus einer Nebeneinanderstellung der betreffenden Sätze aus Aschenbrandt's und meiner Arbeit ohne Weiteres hervorgeht.

Die Angabe von Aschenbrandt lautet:

Die Beobachtungen von Gellé, Hagen, Kirchner, dass nach Verletzung der Wurzeln und des Stammes des Trigeminus Entzündungserscheinungen der Paukenhöhle eintreten, während Berthold den Trigeminusverletzungen diesen Einfluss auf das Ohr abspricht, würden demnach auch auf die Nasenschleimhaut zutreffen, und auch hier würden nach den Ergebnissen meiner Versuche trophische Trigeminusfasern anzunehmen sein*).

*) Monatsschrift f. Ohrenheilkunde, März 1885.

Meine Angaben:

Erste Mittheilung*):

Fassen wir nun schliesslich die Resultate aus unserer Arbeit zusammen, so haben wir zuerst gefunden, dass Läsionen des Nerv. trigeminus sowohl an seinem Stamme, als auch an seinen Wurzeln entzündliche Erscheinungen im Mittelohr hervorrufen.

Zweite Mittheilung**):

Wir hatten gefunden, dass Läsionen des Nerv. trigeminus sowohl an seinem Stamme, als auch an seinen Wurzeln entzündliche Erscheinungen im Mittelohre hervorrufen.

*) Zeitschrift für Ohrenheilkunde von Knapp & Moos, X Bd., 3. Heft, pag. 199.

**) Ibidem, XII. Bd., 2. u. 3. Heft, pag. 172.

Königsberg, den 14. Mai 1885.

Prof. E. Berthold.

Inhalt.

I. Originalien: Burow: Uebertragung von Syphilis durch den Tubencatheter. — Ziem: Ueber den Abschluss der Mundhöhle von der Rachenhöhle bei Nasenathmung. — Hofmann: Ein Fall von ausgedehnter Verwachsung beider Stimmbänder durch eine feste Membran. — Voltolini: Das electrische Licht, verwendet in unserer Specialität, und die Anwendung des Cocain. — Moldenhauer: Das sogenannte Eczem des Naseneinganges. — Baumgarten: Eczema introitus narium. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Hartmann: Die graphische Darstellung der Resultate der Hörprüfung mit Stimmgabeln. — Baginsky: Ueber den Menière'schen Symptomencomplex und die durch Cerebral-Erkrankungen bedingten Gleichgewichtsstörungen. — Knapp: Ueber die Indicationen zur Eröffnung des Warzenfortsatzes auf Grundlage einiger neuer Beobachtungen. — Stein: Das Cocain bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Kirchner: Ueber Cocainwirkung bei Operationen am Trommelfell. Baratoux: De la Cocaine. — Kiesselbach u. Wolffberg: Ein Fall von seit frühester Jugend bestehender (angeborener?) einseitiger Schwachsichtigkeit und Schwerhörigkeit, mit Besserung beider. — Koerner: Zwei Fälle von grossen erworbenen Defecten im Schläfenlappen. — Schapringer: Seröse Cyste der linken Ohrmuschel; Incision; Heilung. — Kessler: Zur Therapie der Krankheiten des äusseren Gehörganges — b) Rhino-pharyngo-laryngologische: Shurley: Werth der Galvanocaustik im Vergleich mit anderen Methoden zur Zerstörung von Parthien der Nasen- und Rachenschleimhaut. — Richardson: Behandlung der Nasenpolypen. — Bosworth: Rundzellensarcom des Pharynx und weichen Gaumens, Operation, Heilung. — Robinson: Zur Kenntniss der adenoiden Vegetationen im Pharynxgewölbe. — Claiborne: Congenitaler Defect des rechten vorderen Gaumenbogens. — Donaldson: Epitheliom der linken Tonsille. — Horsley: Die Schilddrüse; ihre Beziehungen zur Pathologie des Myxoedema und Cretinismus. — Zesas: Ueber den physiologischen Zusammenhang zwischen der Milz und Schilddrüse. — Seitz: Zum Kropftod. — Aufrecht: Croup und Diphtheritis. — Knight: Chorea laryngea. — Thin: Aussatzartige Infiltration der Epiglottis und ihre Beziehungen zu den Bacillen der Lepra. — Berichtigung.

Beiträge oder Referate beliebe man an Herrn Prof. Dr. Weber-Liel in Jena einzusenden; ebenso alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive, Separat-Abdrücke und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan, Berlin S. W., Alte Jacobstr. 6.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Burow** (Königsberg i. Pr.), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Klesselbach** (Erlangen), DocentDr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart).

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität, Ohrenarzt d. Allg. Krankenhauses in **Wien**

Dr. J. M. ROSSBACH
o. ö. Prof. d. spec Pathol. u. Therap. u. Vorstand der medicin. Klinik an der Universität in **Jena**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in **München**

Dr. L. v. SCHRÖTTER
Prof. u. Vorstand d. Klinik für Halskrankh. an der Universität in **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität in **Breslau**

Dr. WEBER-LIEL
Prof. f. Ohrenheilk. u. Vorstand d. Ohrenklinik an der Universität in **Jena**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XIX. **Berlin, Juni 1885.** **No. 6.**

I. Originalien.

Ueber Nasenpolypen.

Von

Dr. **Hopmann,**

d. Arzt einer Abtheilung für Nasen- und Halskranke im St. Vincenzhause zu Cöln.

I. Zur Feststellung des Begriffes.

Wenn wir in dem Lehrbuche „Die Krankheiten des Halses und der Nase“ von M. Mackenzie*) das Capitel „Polypen der Nase“ aufschlagen, so begegnet uns gleich zu Anfang desselben die Definition: „Neubildungen fast stets myxomatöser Natur.“ Ein Myxom (Schleimgewebegeschwulst) ist nun aber die pathologische Reproduction des physiologisch im embryonalen Körper, beim Neugeborenen in der Wharton'schen Falze des Nabelstranges, beim Erwachsenen nur noch im Glaskörper vorkommenden Schleimgewebes, welches ein feines Netzwerk von anastomosirenden Sternzellen, eingebettet in einer homogenen, mucinreichen Grundsubstanz, darstellt. Dass Mackenzie und auch ein Uebersetzer Semon**) dieses

*) II. Band. Die Krankheiten des Oesophagus, der Nase etc. Berlin, 1884.
**) Semon begründet überall, wo seine eigenen Ansichten von denen des Autors abweichen, erstere in ausführlichen Anmerkungen, welche an dieser Stelle fehlen, und bedient sich auch sonst des Ausdrucks „Myxom“.

Gewebe im Sinne hatten, beweist die Seite 505 gegebene genauere pathologisch-anatomische Beschreibung der Nasenpolypen, wo es heisst: „Die Masse der Geschwulst wird aus embryonalem Bindegewebe gebildet, welches aus einem hyalinen, gelatinösen Material besteht, durch welches hindurch sich in verschiedenen Richtungen resistentere cellulöse Tuberkel erstrecken; die gelatinöse Substanz ist sehr mucinreich etc.“

Ich habe schon früher*) zu beweisen versucht, dass die gallertigen Nasenpolypen als weiche, ödematöse Fibrome aufzufassen sind. Auf Grund einer aus dem Jahre 1854 herrührenden histologischen Darstellung von Billroth hatte man sich bei uns in Deutschland gewöhnt, diese Polypen als Adenome anzusehen. Demgegenüber machte ich geltend, dass „die eigentliche Masse des Polypen aus einem Flecht- oder Maschenwerk von areolärem Bindegewebe bestehe“, dass „Drüsenneubildungen, wie sie Billroth beschrieben, bei den gelatinösen Schleimpolypen der Nase von mir stets vermisst worden seien und offenbar zu den allergrössten Seltenheiten gehörten“, dass man „immer den überzeugenden Eindruck von der geringfügigen Rolle bekomme, welche Drüsenbestandtheile hier spielen“. Ich wies weiter nach, dass von den gröberen Balken des Flechtwerks der Grundsubstanz sich immer feinere abzweigen, welche sich schliesslich in ein ganz feines Reticulum auflösen, in dessen Maschen spärlicher oder dichter Rundzellen und Albuminserum, bald die einen, bald das andere überwiegend, sich befänden. Neuerdings habe ich die Untersuchungen der Schleimpolypen wieder aufgenommen und bin zu keinem anderen Resultat gekommen. Die gröberen Maschen des Netzwerks, meist ovalär oder rhomboidal gestreckt, verlaufen mit ihrem grösseren Durchmesser radiär vom Stiel zur Peripherie des Tumors, in derselben Richtung also, in der auch die Gefässe verlaufen. Es ist anzunehmen, dass der Serumgehalt mit Stauungsvorgängen in den Capillaren zusammenhängt, sei es durch schwächere Entwickelung der abführenden Gefässe, sei es durch anderweitige Erschwerung des venösen Rückflusses. Je näher zur Peripherie und zum unteren Ende des Polypen, desto ausgebildeter ist das Reticulum, was sich durch grössere Ansammlung des Serums in den abhängigsten Theilen des Tumors erklären lässt. Der Albumincharacter des Serums ergiebt sich durch einfache Prüfungen. Mucin coagulirt durch Erhitzen nicht. Das frisch gewonnene Serum der gelatinösen Nasenpolypen erstarrt beim Kochen wie Hühnereiweiss. Aus Allem geht hervor, dass es unstatthaft ist, hier von Myxomen zu sprechen. Ob echte Myxome der Nasenschleimhaut überhaupt schon beobachtet worden sind, ist mir unbekannt. Ich habe bis jetzt bei 220 Patienten mit Nasenpolypen, über welche ich genaue Notizen besitze, niemals ein wahres Myxom gefunden.

Wie nun somit eine der am häufigsten zur Beobachtung gelangenden Art von Nasenpolypen bald Adenom, bald Myxom genannt wird, während keine dieser beiden Neubildungen in Frage kommt, so ist es andererseits üblich, alle gutartigen Nasenpolypen Schleimpolypen zu nennen, oder, was auf dasselbe hinausläuft, ausser den bösartigen Geschwülsten nur eine Form gutartigen Characters zuzulassen, welche, wie dieses Macken-

*) Archiv für patholog. Anatomie, Bd. 93, Heft 2: „Die papillären Geschwülste der Nasenschleimhaut.“

zie*) thut, einfach „Polypen der Nase“ genannt werden. So meint z. B. Chiari**), dass der Begriff „Nasenpolyp“ im engeren Sinne nur für die Schleimpolypen gelte.

Von den neueren hier in Betracht kommenden Schriftstellern hat nur Schech***), indem er an die von mir gemachten Vorschläge†) anknüpft, gewisse Unterschiede deutlicher hervorgehoben. Unter diesen Umständen erscheint es mir für die fortschreitende, nähere Verständigung wünschenswerth, nochmals auf die Nomenclatur zurückzukommen, um so mehr, als ich auf Grund vermehrter Erfahrungen dieselbe genauer präcisiren und vereinfachen zu können glaube.

Bei Feststellung der Grenzen, innerhalb deren die Auflösung des Begriffes „Nasenpolyp“ in mehrere Unterabtheilungen von Geschwülsten zulässig erscheint, sehe ich von bösartigen Neubildungen, wie Krebsen und Sarcomen, aber auch von solchen, oft noch als gutartige Geschwülste vorkommenden Neoplasmen, wie harte Fibrome (s. Nasenrachenfibrome), Blumenkohlgewächse (s. Epitheliome, Zottenkrebse), Enchondrome etc., ab, weil sie verhältnissmässig an Frequenz zurückstehen; jedoch wohlbekannt sind und deshalb auch durchgängig mit den ihnen gebührenden Namen bezeichnet werden. Der gewöhnliche „Nasenpolyp“ ist nichts von dem Allem. Es giebt Autoren, welche ihn nur als Entzündungsproduct, als ein unter gewissen Verhältnissen auftretendes Endstadium des Catarrhs also, auffassen.†††) Ohne auf diese Streitfrage hier einzugehen, möchte ich in Folgendem deutlich machen, dass er keine Einheit, auch in dem durch obige Ausnahmen beschränkten Sinne ist. Die hervorzuhebenden unterscheidenden Merkmale sind gemischt anatomisch-clinischer Natur. Als wesentliches Erforderniss betrachte ich die Tumorform, verbunden mit Wachsthumstendenz bezw. dem Verharren in einem gewissen Stadium der Grössenentwicklung. Es können demnach weder allgemeinere, diffuse (glatte oder papilläre) Verdickungen der Muschel- oder übrigen Nasenschleimhaut (wenn sie nicht etwa einen höheren Grad der Hyperplasie anderer Schleimhäute, z. B. des Rachens, auffallend überschreiten), noch auch die unter nervösem Einflusse ganz oder theilweise zu Stande kommenden Anschwellungen des cavernösen Antheiles der Schleimhaut (der „Schwellkörper“) unter den Begriff solcher pathologischer Neubildungen der Nasenschleimhaut gebracht werden, welche

*) l. c. p. 484.

**) Nasenpolyp. Deutsch. Medic.-Ztg., Heft 20. Berlin b. Grosse, 1884. — Im weiteren Sinne fasst allerdings derselbe Autor alle (gut- und bösartigen) Geschwülste der Nase unter diesem Namen zusammen, geht aber darin entschieden zu weit, indem er auch die adenoiden Vegetationen des N. R. R. als Nasenpolyp im weiteren Sinne bezeichnet.

***) „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.“ Wien, 1885.

†) Amtl. Bericht der 56. Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte zu Freiburg 1883, S. 294 u. ff.: „Zur Nomenclatur der Nasenschleimhautgeschwülste.“

††) Einen Fall derart von colossal gewuchertem Plattenepithelkrebs innerhalb der rechten Nasenhöhle, welcher sich durch Ausbleiben des Recidivs nach der Operation bis heute als gutartig bewährt hat, habe ich Virchow's Archiv, Bd. 93, pag. 234 (No. 15) beschrieben.

†††) Cfr. die kritische Besprechung über Dr. M. Bresgens: „Grundzüge einer Pathol. u. Therapie der Nasen- etc. Krankheiten.“ Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1884, No. 4, pag. 70 u. ff.

als Nasenpolypen zu kennzeichnen sind. Besonders häufig erscheinen als derartige rein nervöse, oder entzündliche, oder gemischt nervös-entzündliche Stauungstumoren (bezw. Hyperplasien) die vorderen Enden der mittleren, die vorderen und namentlich die hinteren Enden der unteren Muscheln. Unter Ausscheidung solcher und ähnlicher Tumoren (z. B. der so häufig vorkommenden Knochenblasen der mittleren Muschel) handelt es sich um 3 Formen von Nasenpolypen, welche bis jetzt noch ganz allgemein unterschiedslos unter dem Namen „Schleimpolypen" gehen.

1) Die oben schon besprochenen oedematösen Fibrome, welche überwiegend in echter Polypenform schmal- oder breitgestielt, zuweilen aber auch als verbreiterte Tuberositäten oder Wülste auftreten. Sie inseriren nur im oberen Abschnitte der Nasenhöhle, an einer oder in nächster Umgebung der mittleren oder oberen Muscheln, doch nur äusserst selten am Septum, die meisten in den Spalten neben den oberen Muscheln, an der oberen Nasenwand und den Rändern der Ostien; unterhalb der mittleren Muschel habe ich sie niemals entspringen sehen. Ihr areolärer Bau befähigt sie besonders zu cystoider Degeneration. Wenn auch die Mehrzahl dieser Polypen auf dem Durchschnitt gleichmässig in Färbung und Structur erscheinen (was nur bei gehärteten deutlich hervortritt), so zeigt doch die Mehrzahl der daran Leidenden den einen oder anderen dieser Polypen mit einer oder mehreren Cysten von verschiedenster Grösse und Form. Nur bei wenigen dieser Patienten sind fast alle Polypen cystisch entartet. Die Cysten sind mit Albuminserum, Eiter oder käsigem Detritus gefüllt, sehr selten verkalkt. Zuweilen erreicht eine derartige Cyste eine bedeutende Grösse und füllt fast den ganzen Polypen aus. Die gelatinöse Beschaffenheit der weichen Fibrome (welche man durch Druck ihres serösen Inhaltes entleeren kann, so dass nur ein formloser Hautfetzen übrig bleibt), ihre bläulich-grau-weisse oder speckig-gelbliche Färbung und Transparenz giebt ihnen Aehnlichkeit mit glasig-gallertigem Schleim und rechtfertigt ihre Bezeichnung als Schleimpolypen.

2) Wahre, überwiegend in polypoider Form, seltener als echte Polypen auftretende Hyperplasien circumscripter Muschelabschnitte. Die Mehrzahl dieser Tumoren ist glatt, einige oberflächlich papillär. Sie unterscheiden sich von den Schleimpolypen durch das ausschliessliche Entstehen von den Muscheln selbst (besonders der mittleren und in zweiter Linie der unteren), durch ihre dunklere Färbung und geringe Transparenz, durch ihre grössere Dichtigkeit und Derbheit. Sie verlieren auch bei starkem Quetschen wenig von ihrem Umfange und ihrer Gestalt. Die cavernöse Muschelschleimhaut mit allen ihren Bestandtheilen, im Zustande der Hyperplasie und Hypertrophie, reichlich und dicht mit Zellen infiltrirt, trifft man bei feineren Untersuchungen dieser Polypen an. Bald ist mehr der drüsige, bald mehr der cavernöse Antheil der hyperplastischen Wucherung verfallen; immer sind die Gefässe stark dilatirt und vermehrt. Die Drüsen zeigen nicht selten den Beginn der cystoiden Degeneration, indem einzelne Follikel cystenähnlich erweitert sind. Man findet auch zuweilen mächtige, die ganze Breite der Geschwulst vom Stiel zur Peripherie durchsetzende, stark aufgequollene Drüsentrauben, welche mit ihren erweiterten Haupt- und Nebengängen sehr an die Abbildung erinnern, welche Billroth von dem microscopischen Durchschnitte eines Nasenschleimhautpolypen giebt, bei welchem er, seiner

Meinung nach, neugebildete Drüsen nachweisen konnte, und welche ihn veranlassten, die Schleimpolypen zu den Adenomen zu rechnen. Seltener findet man Exemplare dieser Geschwülste, welche an ihrer Basis und in der Mitte den beschriebenen Character tragen, dagegen nach der Peripherie zu areoläres Flechtwerk, wie Schleimpolypen, zeigen, welche also Uebergänge zu der vorher beschriebenen Form von Nasenpolypen aufweisen. Im Grossen und Ganzen jedoch sind die Hyperplasien nicht etwa als Vorläuferstadien der eigentlichen Schleimpolypen aufzufassen, sondern behalten gewöhnlich den einmal ausgeprägten Character in ihrem weiteren Wachsthum, wie auch die Schleimpolypen dieses thun. Man findet äusserst kleine, etwa wickenkorngrosse, ganz ausgebildete Schleimpolypchen und andererseits Hyperplasien von Haselnuss- bis zur halben Wallnussgrösse. Wie bei den Schleimpolypen die pathologisch-anatomische Classification verhältnissmässig leicht ist, so ist sie schwierig bei den Hyperplasien und auch bei der folgenden Formreihe der Nasenpolypen, wegen der zahlreichen bei der Hyperplasie concurrirenden Gewebsbestandtheile, so dass weder die Bezeichnung cavernöser Tumor (Angiom), noch Adenom, noch Sarcom oder derbes Fibrom den Begriff der Geschwulst erschöpft. Man nennt sie deshalb am besten Hyperplasien oder Hypertrophien, und um den Geschwulstcharacter derselben im Gegensatze zu den einfachen Hyperplasien, welche direct entzündlichen Ursprungs sind, anzudeuten von der Form her, in welcher die Mehrzahl auftritt, polypoide Hypertrophien.

3) Schon die Schleimpolypen weisen an einzelnen Stellen ihres im Wesentlichen glatten und gleichmässig dicken Saumes von mehrschichtigem Cylinderepithel Stellen auf, an denen schon schwache Vergrösserungen eine ansehnliche Verdickung und Fältelung dieses Saumes erkennen lassen, so dass diese Stellen als die ersten Anfänge einer papillären Umwandlung der Oberfläche zu deuten sind. Bei den Schleimpolypen im ersten Beginn finden wir die papilläre Veränderung der Oberfläche bei den polypoiden Hyperplasien an einzelnen Exemplaren derselben schon bis zur macroscopischen Deutlichkeit vorgeschritten; doch kommt es auch hier höchstens bis zu einer dem blossen Auge erkennbaren Andeutung einfacher papillärer Umformung der sonst glatten Geschwulstoberfläche, bei welcher es alsdann bleibt. Nun giebt es aber auch eine ansehnliche Gruppe von Nasenpolypen, bei denen die papilläre Umformung der äusseren Geschwulst so in den Vordergrund tritt, dass schon dieser Umstand allein ein wesentliches Characteristicum für dieselben bietet. Diese Geschwülste haben aber klinisch noch die beachtenswerthe Eigenthümlichkeit, dass sie entweder nur, jedenfalls aber ganz ausserordentlich überwiegend an der unteren Muschel auftreten, und dass sie viel häufiger mit blenorrhöischen Catarrhen der Nasenrachenschleimhaut verbunden sind, als andere Nasenpolypen. Auf diese Eigenthümlichkeiten der in Rede stehenden Geschwülste und auf ihr häufiges Vorkommen lenkte ich zuerst die Aufmerksamkeit der Fachgenossen*) und versäumte nicht, dieses wiederholt zu thun**). Als solitäre, scharf von der Umgebung ab-

*) Virchow's Archiv, Bd. 93 l. c.

**) cf. Tageblatt der 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Magdeburg 1884, S. 368: „Bemerkungen über nasale Papillome mit Demonstrationen".

gesetzte Geschwulst selten, ist öfter die ganze, oder nahezu die ganze Muschel in dieselbe umgewandelt und am häufigsten der mittlere, vordere oder hintere Abschnitt der unteren Muschel mit einer oder mehreren breitbasigen Geschwülsten dieser Art besetzt, welche mit Vorliebe in den unteren Nasengang hineinwuchern. Zuweilen kommen Geschwülste von sehr bemerkenswerther Grösse und Ausdehnung zu Stande, welche die vorderen und hinteren Aperturen fast vollständig ausfüllen oder daraus hervorwuchern. Bei 38 bisher von mir beobachteten Patienten, von denen 29 ausschliesslich oder vorwiegend, die übrigen 9 nebensächlich Papillome der (unteren) Muscheln zeigten, waren nur 9, bei welchen der annähernde Umfang dieser Geschwülste bohnen- bis haselnussgross war, bei 17 war derselbe schon haselnuss- bis wallnussgross und bei 10 variirte die Geschwulstmasse von dem Umfange einer bis zu dem mehrerer dicker Wallnüsse. Microscopisch besteht die Geschwulstbasis aus hyperplasirter Muschelschleimhaut, wie die sub 2 beschriebenen Tumoren, nur mit dem Unterschiede, dass eine (nur bei Vergrösserungen erkennbare) sehr reichliche cystische Degeneration der, meist ganz verquollenen oder als zusammenhängende Trauben zu Grunde gegangenen Drüsenfollikel und eine noch stärkere Gefässectasie, als bei jenen, erfolgt ist. Aus den sackförmig erweiterten Bluträumen steigen dicke Capillaren empor, welche zwischen den tief in die Geschwulstmasse hineinragenden, oft mit seitlichen Ausbuchtungen versehenen, mit langgestrecktem Cylinderepithel ausgestatteten Einschnitten (welche zierliche, lange oder breite, verästelte Papillen bilden), so ziemlich in der Mitte dieser also, aufsteigen und sich dort in bekannter Weise verzweigen. Die Papillen bestehen ausserdem aus fibrillärem Bindegewebe, welches dicht mit Zellen durchsetzt ist. Nur selten findet man einzelne dieser Papillen, welche alsdann meist sich gestielt haben, zu einem kleinen Schleimpolypen durch ödematöse Durchtränkung und areoläre Veränderung des Bindegewebes umgewandelt*). Schech**) bestätigt das ausschliessliche Vorkommen der Papillome an den unteren Muscheln, sowie die meinerseits hervorgehobenen Eigenthümlichkeiten der Form. Noch mehr als bei der sub 2 besprochenen Art der Nasenpolypen ist man bei diesen für eine Namenwahl in Verlegenheit, wenn man auf die Zusammensetzung der Geschwulst zurückgeht, denn weder die Drüsen- noch die Gefässverhältnisse des Tumors machen sich in der Weise praevalirend geltend, dass es berechtigt erscheint, durch Bezeichnungen, wie Adenom oder Angiom (telangiectatische Tumoren) die Aufmerksamkeit vorwiegend auf einen dieser Punkte zu lenken. Dagegen sind die äusseren Formverhältnisse characteristisch genug, um, analog der Nomenclatur der Schleimhautgeschwülste anderer Organe, die Bezeichnung Papillom (s. Fibroma papillare) zu rechtfertigen.

Indem ich nochmals an die oben ausgeführte Einschränkung erinnere (welche ich hier noch dahin erweitern möchte, dass man ausnahmsweise einmal einen, dann gewöhnlich solitären, Polypen entfernt, welcher entweder nur aus Granulationsgewebe [gestieltes Granulom] oder ganz überwiegend aus Drüsengewebe [Adenom] besteht), kann ich zuversichtlich

*) Die nähere Beschreibung nebst Casuistik, Virchow's Arch. l. c. pag. 224 ff.

**) l. c. pag. 220.

behaupten, dass jeder gutartige Nasenpolyp einer der 3 genannten Categorien von Schleimhautgeschwülsten zugehört, entweder den Schleimpolypen oder den polypoiden Hypertrophien oder den Papillomen. Die relative Häufigkeit dieser verschiedenen Schleimhautpolypen zu einander, sowie ihr combinirtes Vorkommen bei demselben Patienten werde ich in einem folgenden Artikel auseinandersetzen.

Ueber Rosenschnupfen.

Von

Dr. **Ziem** in Danzig.

Gelegentlich der Schilderung des Heufiebers erwähnt Mackenzie, dass es Personen giebt, bei welchen die Gegenwart von Rosen einen dem Heufieber ähnlichen Zustand erzeugt, der in Amerika bisweilen als Rosenfieber bezeichnet wird. „Ohne Zweifel ist es der Blüthenstaub der Rose, welcher den activen Einfluss ausübt. Der berühmte Broussais scheint bei seinen botanischen Studien durch diese Idiosynkrasie gehindert worden zu sein und der von Hünerwolff berichtete Fall eines Mannes, bei welchem der Duft von Rosen ausnahmslos einen Schnupfenanfall auslöste, ist oft von modernen Autoren citirt werden.“ Mackenzie selbst hat nur einen ähnlichen Fall gesehen: im Jahre 1864 wurde er von einer Dame wegen anhaltender, schwerer Schnupfenanfälle consultirt, welche jedesmal auftraten, so oft sie den Duft von Rosen roch. Alle Behandlung blieb vergeblich und die Dame war schliesslich gezwungen, diese Blume aus ihrem Garten zu verbannen.*)

Die offenbare Seltenheit der fraglichen Affection rechtfertigt wohl die Mittheilung eines neuen, einschlägigen Falles.

Herr St., 28 Jahre alt, consultirte mich Ende Juni 1883 in Hamburg wegen einer anfallsweise auftretenden Anschwellung der Gesichtshaut und besonders, was ihn am meisten störte, der Haut der Augenlider beider Seiten. Letztere wurde nicht selten so hochgradig, dass er die Augen kaum zu öffnen vermochte und war dann mit einem lästigen Druck in den Augen verbunden. Erst kürzlich hatte Pat. einen derartigen Anfall überstanden, doch war am Tage seiner ersten Vorstellung, abgesehen von einem geringen Oedem der Oberlider, von der betreffenden Affection Nichts mehr zu sehen und das Sehorgan bot sonst in jeder Beziehung durchaus normale Verhältnisse dar. Als ich nun die Nasenhöhle des Pat. untersuchte, wie ich dies schon seit einer Reihe von Jahren bei Augenkranken zu thun pflege, fiel mir sofort die hochgradige Schwellung der die Muscheln bedeckenden Schleimhaut, besonders rechterseits, auf. Pat. gab nun noch an, dass die Anfälle zugleich mit starker Absonderung von grauweissem Schleim aus Nase und Rachen verbunden sind, seit mehreren Jahren, bald nachdem er als Gehülfe in einen Blumenladen eingetreten, regelmässig im Monat Juni beginnen und bis in den Spätherbst anhalten. Er führte jetzt selbst das Leiden auf die Einathmung

*) Krankheiten des Halses und der Nase, übersetzt von Dr. F. Semon. 2. Band, S. 416.

von Rosenduft zurück und erklärte seine regelmässige Immunität von Anfällen im Winter und Frühling bis zum Juni dadurch, dass die während dieser Zeit zum Verkauf kommenden Rosen hauptsächlich aus dem Süden (Italien) bezogen werden und durch den langen Transport erheblich an Aroma eingebüsst haben. Im Uebrigen war Herr St. vollkommen gesund, speciell auch frei von Milzschwellung.

Trotz energischer Cauterisationen mit dem Flachbrenner, die an 5 oder 6 Tagen in Zwischenräumen wiederholt wurden und deren Wirkung noch dadurch verstärkt war, dass ich den Cauter dann erst von der Schleimhaut entfernte, richtiger abriss, als er auf derselben fest angebacken war — um nämlich durch die hierbei eintretende, z. Th. recht reichliche Blutung ein stärkeres Collabiren des Schwellnetzes zu erzielen — gelang es doch nicht, ein dauerndes Freibleiben der Nase zu Stande zu bringen, und während der etwa 6wöchentlichen Behandlungsdauer wurde Pat. von jener Erysipel-artigen Anschwellung des Gesichts nach wie vor zu wiederholten Malen befallen, so oft er sich einige Tage lang von Neuem dem Rosenduft ausgesetzt hatte. Während des nun verordneten mehrwöchentlichen Aufenthaltes auf dem Lande blieb er frei von allen Beschwerden. — Auch der Inhaber des Blumenladens leidet während der Rosensaison an Schnupfenanfällen und hält sich darum in dieser Zeit von seinem Geschäftslocal möglichst fern.

Ob es möglich gewesen wäre, durch prophylactische, vor Beginn der Rosenzeit vorgenommene Cauterisationen, für die Folge die Anfälle zu unterdrücken oder zu mildern, ähnlich wie dies Semon in einem Falle von Heufieber beobachtet hat,*) muss ich dahingestellt sein lassen, da ich den Pat. später aus dem Gesicht verlor. Doch sind meiner Erfahrung nach auch sonst chronische Nasencatarrhe bei Blumenhändlern besonders hartnäckig, zumal wenn die Wohn- und Schlafräume der Betreffenden direct hinter dem Geschäftslocal sich befinden, so dass dauernd eine mit Blumendünsten imprägnirte Luft eingeathmet wird.

Auch die Herstellung künstlicher Blumen verursacht oder verschlimmert chronische Nasencatarrhe bei den Arbeiterinnen, hier allerdings durch Beimengung mineralischer Gifte, besonders der Chrompräparate, zur Athmungsluft.

Ruptur beider Trommelfelle und doppelseitige Labyrinth-Erschütterung.

Von

Dr. **C. Keller** in Cöln.

Einem 25jährigen Techniker widerfuhr das Unglück, dass, als er im Begriffe war, behufs Revision einer Kesselbeschädigung ein brennendes Licht in die Oeffnung hineinzuhalten, sich im Kessel noch befindliche Gase entzündeten und mit hochlodernder Flamme explodirten. Patient wurde mehrere Fuss weit weggeschleudert und blieb für die Dauer von 10 Minuten bewusstlos; er hatte sich grössere Brandwunden der dem Kessel zugewandten linken Gesichtshälfte zugezogen; nachdem die grössten

*) l. c. S. 420, Anm.

Schmerzen und Kopfeingenommenheit nach einigen Tagen nachliessen, bemerkte Patient neben linksseitigem Ohrenausfluss beträchtliche Schwerhörigkeit mit starkem Schwindel. Zwei Wochen nach dem Unfalle constatirte ich folgenden Befund: Patient, seit mehreren Tagen sich wieder im Freien bewegend, ohne Fieber, sieht noch stark angegriffen aus; auf der linken Gesichtshälfte und linken Ohrmuschel Residuen der Brandwunden. Linkes Ohr: Gehörgang in ganzer Ausdehnung mässig geschwellt, mit graugelbem Exsudat bedeckt, desgleichen das Trommelfell, dessen Randzone nicht scharf von den Gehörgangswänden abgesetzt erscheint; Hammergriff nicht erkennbar; in der Mitte der vorderen Hälfte — wie der spätere Verlauf ergab, dicht vor dem Umbo — eine erbsengrosse Perforation mit gerötheten, verdickten Rändern. Rechtes Ohr: Gehörgang und Trommelfell ohne jegliche Entzündung; letzteres zeigt ebenfalls dicht vor dem Hammergriff eine demselben parallel verlaufende elliptische Ruptur von $^2/_3$ Länge der gesammten Membran; die Ränder ohne entzündliche Reaction, im oberen Winkel beginnende Vernarbung; sichtbare Paukenschleimhaut blass. Gehörprüfung: Cylinderuhr links beim Andrücken an die Ohrmuschel nicht gehört, rechts bis zu 5 Ctm. — Stimmgabel stark angeschlagen: links schwach, rechts etwas besser und länger anhaltend; vom Scheitel und von den Zähnen her wird dieselbe nach links hin gehört, jedoch erfordert die Entscheidung seitens des Patienten grosse Aufmerksamkeit. Verständniss für mässig laute Sprache ausreichend; rechtsseitiger Ohrschmerz, noch immer etwas Schwindel und zeitweise Unsicherheit beim Gehen.

Der weitere Verlauf ist characterisirt durch stetige Zunahme der Labyrinthsymptome und Nachlass der Gehörschärfe. Nach 10 Tagen rechts völlige Vernarbung der Rissstelle, links Verkleinerung derselben bis zu einer stecknadelkopfgrossen Lücke, Cessiren der Otorrhoe (nach Borsäure); Hammergriff noch nicht erkennbar. Beträchtliche Schlafsucht, lebhaft gerötheter Gesicht mit deutlich pulsirenden Arterien, Kältegefühl am übrigen Körper; gereizte Stimmung, Flimmern vor den Augen; Pupillen gleich gross, gut reagirend; Schmerzen von der linken Schläfe nach dem Scheitel ausstrahlend; kein Fieber; Patient geht aus. Gehörprüfung ergab Abnahme der Hörschärfe; Cylinderuhr links = 0, rechts bis zu 2 Ctm. Entfernung; Stimmgabel links nur bei lautem Anschlag unmittelbar vor's Ohr gehalten; rechts in etwas grösserem Abstande; vom Scheitel undeutlich ohne Markirung auf einem Ohre; von den Zähnen noch unbestimmter. Die Schmerzen nahmen in den nächsten Wochen beträchtlich zu, dehnten sich auf Hinterkopf, Augen und Stirne fort, so dass sich Patient absolut ruhig verhalten musste; dazu gesellte sich sehr lautes Tönen und Klingen im linken, dann auch im rechten Ohre bei stetiger Abnahme des Gehörs. Acht Monate nach der Verletzung bestand noch starkes Sausen beiderseits, Schwindel gemässigt, jedoch noch nicht ganz gewichen, wenig Hitzegefühl im Kopfe, keine Schmerzen mehr; Lesen und geistige Beschäftigung strengt nicht mehr so sehr an wie vorher; linkes Ohr: Hammergriff stark eingezogen; Narbe völlig ausgebildet mit centraler Einziehung, wahrscheinlich durch Verwachsung mit der Labyrinthwand, in der hinteren Trommelfellhälfte Kalkeinlagerungen; bei Anwendung von Siegle'schem Trichter bewegt sich nur die Narbe. Rechtes Trommelfell normal bis auf die Narbe, bewegt sich bei Siegle's Verfahren in toto mit Ausnahme eines

schmalen, vom unteren Hammergriffende radiär nach abwärts verlaufenden Stranges. Cylinderuhr links = 0, rechts erst bei festem Andrücken an die Muschel; Stimmgabel links für Luftleitung = 0, rechts unmittelbar am Ohr mehr als Schwirren gefühlt; vom Scheitel und den Zähnen im ganzen Kopf nur als Vibration, nicht als Ton, empfunden; Sprachverständniss für laut gesprochene Worte auf einige Fuss weit.

Die Behandlung war zu Anfang eine ableitende mit Calomel, Jalappe, später Eisbeutel, Jodkali, Tr. Jodi auf die Proc. mast. — Application des Politzer'schen Ballons verursachte ebenso wie Luftdouche durch den Catheter, selbst bei schonendem Vorgehen, stets bedenkliche Steigerung der Symptome, des Schwindels, der Schmerzen u. s. w.

Bemerkenswerth ist in diesem Falle zunächst die beiderseitige Trommelfellzerreissung; der Grad derselben war in beiden Ohren nicht gleich; in dem der Explosionsquelle zugewandten fand sich die kleinere, in dem andern die weit grössere Ruptur; dafür gestaltete sich bei ersterem die Reaction seitens des Labyrinths um so heftiger. Die Eiterung im linken Gehörgang und am linken Trommelfell war offenbar Folge der Verbrennung, welcher hier Muschel und Gehörgang wenigstens zum Theil ausgesetzt waren. Dass auch in dem Ohr der abgewandten Seite eine Trommelfellruptur stattfand, erklärt sich durch die Bewegung der Schallwellen. Erwähnenswerth ist ferner der Umstand, dass beide Zerreissungen in der vorderen Trommelfellhälfte, vor dem Hammergriff erfolgten, ein selteneres Vorkommniss, welches vielleicht auf individuellen Verhältnissen beruht. — Mit den beiden Rupturen hatte sich die einwirkende Gewalt noch nicht erschöpft, sie pflanzte sich auf beide Labyrinthe fort; welche Zustände daselbst hervorgerufen wurden, ob Hämorrhagie, Erschütterung mit Zerrung der Nervenendigungen etc., entzieht sich der Diagnose; jedenfalls aber weicht der weitere Verlauf unseres Falles von demjenigen bei andern ähnlichen Vorkommnissen insofern ab, als bei Labyrintherschütterungen nach Detonationen sich meist sofort absolute Taubheit einstellt, die sich später mehr oder weniger zu bessern pflegt; hier aber war in der ersten Zeit nach der Verletzung gemäss den Resultaten der Hörprüfung unzweifelhaft eine geringere Betheiligung der Labyrinthe zu constatiren als später. Es wäre möglich, dass durch die Lage der Rupturen in der vorderen Trommelfellhälfte die Labyrinthe etwas mehr geschützt waren, als wenn, wie gewöhnlich, die Zerreissung in der hinteren Hälfte stattgefunden hätte und somit die Labyrinthfenster dem directen Anprall ausgesetzt gewesen wären. Das Symptom, welches von Blau und Brunner bei Labyrintherschütterungen fast stets beobachtet wurde, ein gellender Beiklang bei allen Tönen und Geräuschen, fehlte hier. Es dürfte wohl am ehesten im vorliegenden Falle eine Hämorrhagie mit consecutiver Entzündung und Exsudation im Labyrinthe angenommen werden, welche für die Nervenendigungen von deletären Folgen sein musste. Die Symptome von Hirnhyperämie — geröthetes Gesicht, Hitzegefühl im Kopfe, psychische Unruhe, Flimmern vor den Augen etc. — sind mit der supponirten Labyrinthentzündung ungezwungen in Zusammenhang zu bringen, seitdem man die Beziehungen zwischen Perilymphe und Subarachnoidealflüssigkeit kennen gelernt hat.

Das Cocaïn bei Nasen- und Halskrankheiten.

Von

Dr. **Jos. Herzog**, Specialarzt für Nasen- und Halskrankheiten.

(Vortrag gehalten im Vereine der Aerzte in Steiermark am 18. Mai 1885.)

Wenn auch schon Fauvel im Jahre 1877 auf das Cocaïn als ein vorzügliches Mittel für den Larynx hingewiesen hat, wenn auch später, wie es bekannt sein dürfte, Anrep und Rossbach dieses Mittels gedachten und Freud[1]) von einer anästhesirenden Wirkung des Cocaïn sprach, so waren es eigentlich erst Koller[2]) und Jelinek[3]), welche das in Rede stehende Medicament thatsächlich in die practische Medicin einführten, und zwar ersterer in die Augenheilkunde und letzterer als Anästheticum für Rachen und Kehlkopf. Nach den überraschenden Erfolgen, die mittlerweile auch von anderen Seiten, ich möchte sagen fast in jedem Gebiete der gesammten medicinischen Wissenschaft, gemacht wurden, konnte es nicht fehlen, dass wir heutzutage schon eine kleine Literatur über die Versuche mit Cocaïn, jener südamerikanischen Pflanze, besitzen. Insbesondere waren es auch die Rhino- und Laryngologen, welche sich beeilten, die Wirkung dieses Mittels zu ihren Zwecken zu erproben, was um so weniger Wunder nehmen kann, wenn man bedenkt, wie lange man sich schon nach einem Anästheticum für Pharynx und Larynx gesehnt hat. — All' die bisher angewendeten Methoden, den Kehlkopf für Operationen zu anästhesiren, wie das Türck'sche Verfahren, Bepinselungen mit Morphin-Chloroformlösungen, weiters die Schrötter'sche Methode, nach welcher auf 12 Einpinselungen mit Chloroform nach einer Pause von 3/4 Stunden 12 solche mit Morphin (0,5 : 5,0) folgen sollen, ferner die von Schnitzler angewendete Aethernarcose, oder Rossbach's Morphininjectionen am Halse, oder die Anwendung des Aetherspray auf die Aussenseite des Larynx und schliesslich das methodische Sondiren, um die Kehlkopfschleimhaut toleranter zu machen — all' diese Methoden waren einestheils nicht ungefährlich und nicht schmerzlos, anderentheils zeitraubend und unsicher. Nun kamen aber die Erfolge mit dem Cocaïn, wo es in der That gelingt, nach einer oder mehrmaligen Einpinselungen mit einer in der Regel 10—20pctg. Lösung auf die Rachen- oder Kehlkopfschleimhaut daselbst so ungenirt wie am Cadaver oder am Phantome zu arbeiten. Die langersehnte und lange angestrebte locale Anästhesie des Kehlkopfes war somit gefunden.

Nun kam man aber bei Erprobung dieses Mittels, wie die neuesten Arbeiten von J. Beregszászy[4]), St. v. Stein[5]), Heymann[6]), Schnitz-

[1]) Ueber Coca. Centralbl. f. d. gesammt. Therapie 1884, VII.

[2]) Ueber die Verwendung des Cocaïn zur Anästhesirung am Auge. Wiener Med. Wochenschr. 1884, No. 43, 44.

[3]) Ueber die locale Anästhesirung des Pharynx und Larynx durch Cocaïn. Wien. Med. Blätter 1884, No. 39. — Das Cocaïn als Anästheticum u. Analgeticum f. d. Pharynx u. Larynx. Wien. Med. Wochenschr. 1884, No. 45, 46.

[4]) Das Cocaïn als angiospastisches Mittel in der Rhinoscopie und Laryngoscopie. Wiener Med. Blätter 1885, No. 7.

[5]) Das Cocaïn bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Deutsche med. Wochenschrift 1885, No. 9.

[6]) Ueber die Anwendung des Cocaïn im Larynx, Pharynx und in der Nase. Berlin. klin. Wochenschrift 1885, No. 4.

ler[7]) u. A. sowie die Mittheilungen Fränkel's in der Sitzung der Berliner med. Gesellsch. vom 7. Januar 1885 darthun, auf noch andere ganz vorzügliche Eigenschaften des Cocaïns, welche sich bei Behandlung von Nasen- und Halskrankheiten in ganz ausgezeichneter Weise verwerthen lassen.

Fassen wir in Kürze die Ergebnisse der Forschungen der verschiedenen Autoren zusammen, so finden wir, dass dieselben die Cocaïnisirung in verschiedener Weise ausgeführt haben; so verwendeten Alle wässerige und wässerig-alkoholische Lösungen von verschiedener Concentration, 2—20 pCt. — Schnitzler empfiehlt statt Alkohol Glycerin zuzusetzen, weil es weniger reizt —, ferner kam in Verwendung eine 5pctg. Cocaïnsalbe (Stein), endlich verwendeten u. A. Heymann und Schnitzler das Cocaïn auch in Pulverform. Die Cocaïnlösungen werden entweder eingepinselt, oder es werden kleine Wattetampons in dieselben eingetaucht und dann in die Nase eingeführt, oder es werden die Lösungen zum Ausspritzen oder zur Inhalation mit dem Sprayapparate angewendet (0,5 : 250,0). Während die Mehrzahl der Untersucher nur das Cocaïn als solches in Anwendung brachten, ging Schnitzler weiter und machte auch in der Weise seine Versuche, dass er demselben andere Medicamente beisetzte, so, um die schmerzstillende Wirkung zu verstärken, Morphin, ferner Bismuth. subnitr. und Plumb. acet. bei tuberculöser Kehlkopfaffection — Sie finden, m. H., Schnitzler's Dosirungen genau in der Zeitschrift für Therapie 1885, No. 4 und 5, angeführt — und war mit seinen Erfolgen sehr zufrieden.

Was die Inhalationen mit schwachen Cocaïnlösungen mit dem Sprayapparat betrifft (0,25—0,5 : 250,0), wie sie insbesondere von Heymann und Schnitzler — letzterer lässt dieser Lösung ausserdem Kali chloric. 5,0 und 10,0 Aq. laurocerasi zusetzen — bei acutem und subacutem Schnupfen, Kehlkopfcatarrhen empfohlen wurden, so hat meines Dafürhaltens diese Art der Verwendung des Cocaïns noch diesen besonderen Vortheil, dass man auf diese Weise die Cocaïnisirung der Schleimhäute den Patienten selbst überlassen kann, was unter Umständen oft wünschenswerth erscheinen kann, was bei Einpinselungen und Einstäubungen in der Regel nicht geschehen soll.

In Bezug auf die Wirkung des Cocaïns lauten die Angaben sämmtlicher Untersucher ziemlich einstimmig; alle rühmen seine anästhesirende, analgesirende und anämisirende Wirkung, und zwar hängt die Intensität der Wirkung einerseits von der Stärke der Lösung und andererseits von der Beschaffenheit des Applicationsortes ab. So genügen für die Nasen- und Rachenschleimhaut 2—5pctg. Lösungen, um obige Effecte hervorzubringen, während zur Anästhesirung des Larynx 10—20pctg. Lösungen nöthig sind; Anämie und zum Theile auch Analgesie können wohl schon bei 5pctg. Cocaïnbepinselungen ausgelöst werden. Aus diesem Grunde ist es auch ganz erklärlich, wenn Stein in seiner oben citirten Arbeit angiebt, dass er mit 5pctg. Cocaïnlösung eine völlige Unempfindlichkeit des Kehlkopfes nicht erzielen konnte.

Was nun die Krankheitsfälle betrifft, in denen Cocaïn von den ver-

---

[7]) Ueber Anwendung und Wirkung des Cocaïn bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Wien. Med. Presse 1885, No. 4, 6, 8, 10, 11.

schiedenen Untersuchern angewendet wurde, und zwar mit mehr oder weniger Erfolg, so sind es hauptsächlich folgende: acute Rhinitis, chronische Rhinitis hypertroph. für sich allein oder bei jenen Formen, wo auch Polypenbildungen und adenoide Vegetationen vorhanden waren, ferner bei Nieskrämpfen — bei Heufieber bringt es Zaufal in Vorschlag —, weiter bei den verschiedenen Reflexneurosen, wie sie von der Nasen- und Rachenschleimhaut ausgelöst werden können, so auch bei verschiedenen Sensibilitäts-Neurosen, sog. Hyperästhesieen, unangenehme, mitunter schmerzhafte Empfindungen im Rachen und weichen Gaumen, über die viele Kranken — Chlorotiker, Phthisiker, Hysteriker, Neurastheniker — klagen, an deren Schleimhaut aber selbst, wie sich Schnitzler ausdrückt, das geübte Auge des Arztes kaum eine pathologische Veränderung wahrnimmt, höchstens das eine Mal eine geringe Hyperämie, das andere Mal wieder eine mässige Anämie; ferner wurde Cocaïn versucht bei acuten und subacuten Larynxcatarrhen, und endlich bei tuberculösen Kehlkopfaffectionen, wo es durch Behebung des Hustenreizes und der Schlingbeschwerden sowohl, als auch durch Verminderung der Schmerzen von ausgezeichneter Wirkung war. Von unschätzbarem Werth erwies sich die Wirkung des Cocaïns bei Operationen überhaupt, werden nun solche in der Nase, oder im Rachen, oder im Kehlkopf vorgenommen — sämmtliche operative Eingriffe, Aetzungen, Anwendung des Galvanocauters liessen sich unter dem Einfluss der Cocaïnanästhesie leicht und fast schmerzlos ausführen.

Dass nicht in allen Fällen die Wirkung von Cocaïn immer eine präcise war, ja dass dasselbe mitunter noch im Stiche liess, geben mehr weniger alle Beobachter zu.

Ein näheres Eingehen auf all' die verschiedenen Beobachtungen, die bis nun bekannt geworden sind, eine nähere Beleuchtung der verschiedenen Folgerungen und Schlüsse, die aus diesen Beobachtungen gezogen worden sind, würde mich zu weit führen und halte ich auch für überflüssig, indem Jedermann die Originalarbeiten über diesen Gegenstand in den verschiedenen hier aufliegenden Journalen zugänglich sind; nur möchte ich jene Herren, die sich dafür insbesonders interessiren, auf die jüngst im 1. Heft des 205. Bandes der Schmidt'schen Jahrbücher erschienenen Arbeit von Geissler in Dresden: „Ueber Cocaïn als locales Anästheticum", aufmerksam machen, indem Sie daraus ersehen können, wie dieses Präparat nicht nur in der Augenheilkunde und in der Larynxtherapie, resp. bei Nasen-Rachenkrankheiten, sondern auch in der Ohrenheilkunde, Zahnheilkunde, in der Gynäcologie, in der Chirurgie etc. sich einen Platz erobert hat.

Nach diesen einleitenden Worten werde ich mir nun erlauben, m. H., an die mir heute gestellte Aufgabe zu gehen und Ihnen in Kürze meine Beobachtungen über Cocaïn bei Nasen- und Halskrankheiten mitzutheilen, welche im Grossen und Ganzen die vielfachen, auch von anderer Seite gemachten Erfahrungen über die Wirkung dieses Mittels bestätigen. Die erste Frage, welche mich interessirte, war: Wie verhält sich Cocaïn zu einer normalen Schleimhaut?

Wenn man eine normale oder sagen wir besser eine nahezu normale Nasenschleimhaut mit einer 5pctg. Cocaïnlösung bepinselt, so fühlt man

vorerst vor allem eine angenehme Kühle in der Nase, dann vermehrt sich etwas die Secretion, man muss die Nase reinigen und nach 1—2 Minuten hat man das Gefühl, als ob der Luftstrom viel freier und ungehinderter durch die Nasengänge streichen könnte. Rhinoscopirt man, so findet man die mehr weniger blasse Mucosa knapp an die knöcherne Unterlage angelegt, die Muscheln sind dadurch viel kleiner und bei Sondenberührung, welche gar nicht oder nur schwach gefühlt wird, ist man nicht im Stande, irgend einen Nies- oder Hustenreiz auszulösen. Auffallender ist dieser Befund, wenn man z. B. die rechte Nasenhälfte cocaïnisirt und die linke nicht, und dann vergleichende Untersuchungen anstellt. Indem weiter durch die Retraction der Schleimhaut und Entleerung des darunter liegenden cavernösen Gewebes der Abstand der Muscheln von dem Septum ein grösserer, somit mehr Raum geschaffen wird, so wird ein freierer Einblick in die Nasenhöhle, in der Regel bis zur hinteren Rachenwand ermöglicht.

Die ganz gleichen Veränderungen, wie an der normalen Nasenschleimhaut konnte ich im Grossen und Ganzen auch an der pathologisch veränderten Mucosa der Nase constatiren, wenn ich dieselbe mit einer 5pctg. Cocaïnlösung bepinselte; nur treten hypertrophische Parthien, da Cocaïn dieselben nicht beeinflusst, sie sich somit nicht retrahiren, viel deutlicher hervor, können somit leichter gesehen und ihre Ausdehnung besser begrenzt werden. So bieten sich auch aus demselben Grunde Schleimhauterosionen, welche sich tiefer im Naseninnern befinden, polypoide Wucherungen und wirkliche Polypen, ferner pathologische Veränderungen in der Umgebung der Choanen und im Nasenrachenraum, wie z. B. adenoide Vegetationen, deutlicher dem Auge des Untersuchers dar und können auch leichter gefasst werden. Bepinselt man die Rachenschleimhaut, welche granulös degenerirt ist, mit Cocaïn, so heben sich die einzelnen Granula hübsch und deutlich von der anämischen Unterlage ab. Neben dieser dem Cocaïn zukommenden und oben beschriebenen Eigenschaft, welche insbesonders zu diagnostischen Zwecken gut verwendet werden kann, ist es aber vor Allem seine anästhesirende Wirkung, welche das Mittel so brauchbar und werthvoll macht.

Die durch Cocaïn bewirkte Localanästhesie wird uns überall da von grossem Nutzen sein, wo Reizzustände der betreffenden Schleimhäute uns, sei es nun bei der Untersuchung, sei es bei operativen Eingriffen, hindernd im Wege stehen. Was die Erleichterung der Untersuchung betrifft, so ist eine Cocaïnisirung der Schleimhaut zur Rhinoscopia ant. wohl kaum nöthig, eher in einzelnen Fällen bei der Laryngoscopie, wo uns lästige Würgbewegungen von Seite der Patienten nicht nur hinderlich sind, sondern uns auch unnöthiger Weise aufhalten. Anders verhält es sich mit der Rhinoscopia post., welche in der That ob der grossen Reizbarkeit von Seite des Patienten in sehr vielen Fällen ein Ding der Unmöglichkeit wird; auch dann, wenn der Untersucher auch sehr viel Uebung in dieser Untersuchungsmethode hat. Da genügen einige Bepinselungen der vorderen und hinteren Fläche des Gaumensegels, der Uvula und der hinteren Rachenwand mit Cocaïnlösung (5—10 pCt.), um dieses Hinderniss aus dem Wege zu räumen[8]). Bei Vornahme von

[8]) Nur wäre hierbei zu bemerken, dass die meisten Patienten unmittelbar

Operationen im Kehlkopf, Rachen und Nase ist die Anwendung von Cocaïn durch seine anästhesirende, analgesirende und anämisirende Wirkung wohl von grossem Werth, insbesondere kommt letztere Wirkung, die anämisirende, bei Operationen in der Nase vorzüglich dadurch zur Geltung, weil Raum geschaffen wird.

Aus der Reihe der von mir mit Cocaïn behandelten Fälle möchte ich zwei mittheilen, wo sich die eben besprochene, in der Nase Raum schaffende Wirkung dieses Mittels glänzend bewährte.

Der eine Fall betrifft eine Dame, die schon Jahre lang an immer wieder sich erneuernden Polypenbildungen en masse in der Nase leidet. Dieselbe hat schon alle möglichen Curen versucht; so wurde die Polypenzange angewendet, es wurden Aetzungen vorgenommen, sie machte Bekanntschaft mit dem Galvanocauter, alles vergeblich, die Polypen recidivirten immer wieder. Aus diesem Grunde liess sich Patientin nunmehr zu folgendem therapeutischen Regime herbei. Sobald die Polypenbildungen eine gewisse Grösse erreicht hatten, Schnupfen und leichte Asthmaanfälle sich einstellten, liess sich Patientin die Polypen so gut es ging mit der kalten Drahtschlinge entfernen und die Kranke hatte eine Zeit wieder Ruhe, sie athmete ziemlich leicht durch die Nase, hatte wenig oder keinen Schnupfen, die Asthmaanfälle blieben aus und sie konnte bei Nacht ziemlich gut schlafen. Das ging nun einige Jahre so fort; in letzterer Zeit jedoch wurde der Schnupfen fast permanent — zu Asthmaanfällen kam es aber nicht — und wenn ich die Nase untersuchte, so konnte ich, ob der colossalen Schleimhautschwellung und Füllung der cavernösen Räume besonders der unteren Muscheln, welche sich beiderseits an das Septum anlegten, kaum in das Innere der Nase hineinsehen, geschweige eine Drahtschlinge anlegen. Die Nasenathmung wurde immer schwieriger. Unter solchen Umständen bepinselte ich das Naseninnere mit 5pctg. Cocaïnlösung. Die Wirkung war folgende: Gleich nach der Pinselung fühlte Patientin ein Prickeln in der Nase, es trat ein Niesreiz ein, der nur kurz dauerte, die Secretion war vermehrt. Nach etwa zwei Minuten fühlte dieselbe ein angenehmes kühles Gefühl in der Nase und die Luft konnte durch dieselbe streichen. Bei der Rhinoscopia ant. ergab sich folgendes Bild: Die Schleimhaut abgeschwellt, viel blässer, die unteren Muscheln weit über die Hälfte verkleinert, die Schleimhaut über denselben narbige Stellen zeigend. Im Hintergrund der rechten Nasenhälfte ein Conglomerat von gestielten grösseren und kleineren Polypen, welche von der mittleren Muschel auszugehen schienen. In der linken Nasenhälfte der gleiche Befund, nur sassen hier die Polypen nicht so dicht gedrängt und waren an Zahl geringer. Ohne Schwierigkeit konnte ich die kalte Schlinge anlegen und entfernte so in einer Sitzung 8 Polypen, worunter einige von ganz ansehnlicher Grösse waren. Trotzdem ich auch durch wiederholte Bepinselungen keine vollständige Anästhesie der Nasenschleimhaut herbeiführen konnte, so war doch das Anlegen der Schlinge und Abschnüren der Polypen unter dem Einflusse des Cocaïns viel weniger schmerzhaft, denn früher. Die Blutung war minimal. Nach der

---

nach Bepinselung der Rachenschleimhaut ein fortwährendes Bedürfniss zu schlucken haben, was aber bald nachlässt; dieses Stadium muss also abgewartet werden.

Operation war die Nasenathmung frei und man konnte durch den Nasenspiegel bis in das Cavum naso-pharyngeale hineinsehen. Einen Einfluss des Cocaïn auf die Polypen selbst konnte ich nicht entdecken und somit ist auch von dem Falle nichts weiter zu berichten.

Der II. Fall betrifft einen jungen Mann, der schon länger wegen einer chron. Rhinitis dextr. und einem mässigen Rachencatarrh in meiner Behandlung steht. Sein Leiden ist fast behoben bis auf eine zeitweilige vermehrte Secretion aus der rechten Nasenhälfte, die nur kurz anhält und hier und da etwas übelriechend ist. Rechte untere Muschel war stets etwa um die Hälfte vergrössert. In der Vermuthung, dass vielleicht im Hintergrund der Nase noch eine krankhafte Stelle an der Schleimhaut vorhanden sei, bepinselte ich die rechte Nasenhälfte mit einer Cocaïnlösung. Etwa eine Minute nach derselben rhinoscopirte ich den Herrn und fand die Muschel vollkommen klein, Nasenschleimhaut anämisch, Einblick in das Naseninnere ganz frei. Während links, d. i. an der nicht cocaïnisirten Schleimhaut, durch Sondenberührung Nies- und Hustenreiz, insbesondere von dem mittleren Drittel der unteren Muschel, ausgelöst werden konnte, brachte man dieses von keiner Stelle rechts zu Stande, was vor der Anwendung von Cocaïn oft, und zwar in unliebsamer Weise, gelang.

Bei genauer Inspection der kranken Nasenhälfte entdeckte ich auch kleine Erosionen gegen das hintere Ende der mittleren Muschel und kleine polypoide Wucherungen an der Schleimhaut, die, auf diese Weise zugänglich gemacht, nun lege artis behandelt wurden.

In 3. Linie wurden mit Cocaïn Versuche gemacht, ob sich dasselbe nicht auch in therapeutischer Hinsicht verwerthen lasse; nur ist die Zeit eine noch viel zu kurze, um jetzt schon mit ganz sicheren Thatsachen auftreten zu können; doch so viel kann man sagen, dass Cocaïn in vielen Fällen von Schleimhauterkrankungen den Patienten grosse Erleichterung zu verschaffen vermag, und bessere vielleicht als Morphin und andere Narcotica, weil seine Wirkung eine länger bleibende zu sein scheint und von keiner üblen Nebenwirkung begleitet ist. Ob dem Cocaïn aber eine directe Heilkraft innewohnt, möchte ich vorläufig noch als offene Frage betrachten.

Bei Durchmusterung der Fälle, wo ich Cocaïn zu diesem Zwecke versucht habe, finde ich, dass acute Catarrhe des Larynx in der That durch Anwendung des Cocaïns, wenn auch nicht immer, so doch häufig, in ihrem Verlaufe gemildert und abgekürzt zu werden scheinen; jedenfalls ist das Mittel bei acuten Catarrhen der Stimmbänder, wo man eine heftige Hyperämie derselben constatiren kann, von gutem Einfluss, indem nicht nur unter Verschwinden der Hyperämie der lästige Hustenreiz aufhört, ja mitunter wie weggeblasen erscheint, sondern auch die Stimme, wenn auch nicht unmittelbar nach der Bepinselung, wo sie eher etwas rauher klingt, so doch in der Regel nach kurzer Zeit reiner wird und sämmtliche Patienten dahin sich aussprechen, dass sie nun ohne Beschwerden zu sprechen im Stande sind.

So bepinselte ich vor einiger Zeit bei einem Fräulein, welche eine subacute Laryngitis acquirirte, den Kehlkopf mit 5pctg. Cocaïnlösung. Die Stimme war rauh und was die Patientin am meisten quälte, war ein fortwährender Kitzel im Kehlkopf. Sie musste nach einigen Worten

immer hüsteln, auch machte ihr das Sprechen Beschwerden. Der Eingang in den Larynx, insbesondere die Aryknorpel und der Interarytaenoïdalraum, stark geschwellt und geröthet, Stimmbänder mässig geröthet. Die Kranke stellte sich erst wieder am 2. Tage vor, wo sie mir erzählte, dass der Kitzel im Larynx und daher das unangenehme Hüsteln nach der Bepinselung nicht wiedergekommen seien; gegen Abend sei die Stimme reiner geworden, so dass sie ohne nennenswerthe Beschwerden laut lesen konnte. Bei der Untersuchung war die Stimme vollkommen rein und der Larynx zeigte einen normalen Befund.

(Schluss in nächster Nummer.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber den Rinne'schen Versuch. a) Ueber den Rinne'schen Versuch von Prof. Politzer. b) Erklärungsversuch zum Verhalten der Luft- und Knochenleitung beim Rinne'schen Versuch mit einem Obductionsfall von Docent Dr. Bezold. (Aerztl. Intelligenz-Blatt, Separat-Abdruck aus No. 23, 1885.)

In einer Versammlung süddeutscher und Schweizer Ohrenärzte, veranlasst durch Herrn Docent Dr. Bezold in München am 25. Mai 1885, hielten u. A. Herr Prof. Politzer und Docent Bezold Vorträge über obiges Thema, über welches wir in No. 2, 1885, dieser Monatsschrift bereits ein ausführliches Referat aus einer Arbeit des Herrn Dr. Schwabach gebracht hatten. Herr P. ist der Ansicht, dass der R.-Versuch nur bei einzelnen Fällen von Werth sei, wenn z. B. bei vorgeschrittenem Mittelohrcatarrh der „Rinne" negativ sei. Ferner meint P., die Differenzen in der Auffassung des Werthes des gedachten, in neuerer Zeit vielfach als „diagnostisch werthvoll" angesehenen Versuches rührten zunächst von der nicht ganz klaren Terminologie des Versuchs-Ergebnisses in der Bezeichnung „positiv" und „negativ" her, sowie von den durchaus ungleichen Bedingungen, unter denen der Versuch von verschiedenen Aerzten ausgeführt wurde. Er schlägt daher vor, dass a) für „negativer Rinne" die Bezeichnung „ausfallender Rinne" gesetzt werde, ferner b) dass eine einheitliche grössere Stimmgabel eingeführt werde von gleicher Grösse und gleicher Schwingungszahl, welche zugleich — ähnlich der von Blake mit dem Hammer am Stiel — immer gleich stark angeschlagen werden müsse. Bei ein und demselben Patienten fand P. mit der Klammer-Stimmgabel „ausfallenden (negativen) Rinne", mit der ohne Klammer „positiven Rinne". Für den pract. Arzt sei der Weber'sche Versuch sicherer. Ihm selbst habe bei der Mehrzahl der Fälle die Klammer-Stimmgabel einen „positiven Rinne" ergeben; bei schweren Formen alter Mittelohraffectionen habe er, den Versuch ausfallend oder negativ befunden. Grosses Gewicht sei von den Autoren auf die Zeitdauer gelegt worden. Dieselbe sei aber seiner Erfahrung nach nicht sehr massgebend bezüglich der Differenz der Hörstörung; könne es erst werden, wenn zu allen Prüfungen eine einheitliche Stimmgabel ein-

geführt worden sei. Bei Sclerose mit Labyrinthaffection werde die Gabel weniger lange schwingen, als da, wo nur ein einfacher Mittelohrcatarrh und allenfalls Stapesanchylose vorhanden sei; bei Functionsunfähigkeit des Acusticus werde die Gabel überhaupt nicht mehr gehört. Wichtig sei das Hinüberhören zum nicht geprüften Ohre und erfolge dies leicht, wenn die schwingende Stimmgabel senkrecht auf dem Proc. mastoid. aufgesetzt werde; deshalb sei der Stiel der Stimmgabel vertical an den Proc. mastoid. anzulegen. Bei Labyrinthaffectionen, Menière'schen Schwindelanfällen, acuter Taubheit, sei „Rinne" meist negativ (ausfallend), und, wie bekannt, dauert bei alten Leuten die Knochenleitung viel kürzer, als bei jüngeren Patienten. In einem Fall mit negativem Ausfall des R. habe die Section Stapesanchylose ergeben.

Anschliessend an diese Auseinandersetzungen wird nun von Herrn B. in einem längeren Vortrag auf alle die physicalischen und physiologischen Vorgänge eingegangen, welche bei dem neuen diagnostischen Behelf in Frage kommen können und, hinweisend auf einen während des Lebens untersuchten und nach plötzlichem gewaltsamen Tode des Ohr-Leidenden zur Section gekommenen Fall, wird ein Erklärungsversuch zur betr. Werthschätzung der verschiedenen Resultate des Rinne'schen Versuches gegeben.

Es handelte sich um einen Patienten mit hochgradiger Schwerhörigkeit, bei dem sich die Knochenleitung sehr verlängert gezeigt hatte und ausserdem der Rinne'sche Versuch durchaus negativ ausgefallen war: 8 Monate vorher kurze Behandlung von Seiten durch Herrn B.; Diagnose: Otitis med. catarrh. chronica duplex. Schwerhörigkeit seit 16 Jahren, zeitweise Sausen, angeblich keine Schwindelanfälle. Trommelfelle trübe; Luftdouche besonders links „glatt durchdringend", bessert hier auf 6 Cm., jedoch nicht weiter. Leise Sprache wurde rechts 6 Cm., links 4 Cm. weit verstanden; Stimmgabel vom Scheitel um circa 8 Secunden verlängert. Rinne'scher Versuch rechts negativ 13 Secunden, links negativ 12 Secunden. Auf die Perception hoher Töne war nicht geprüft worden. Als Grund der Schwerhörigkeit fand sich, wie in dem von Herrn P. alludirten Falle, eine ausgedehnte Verkalkung des Ligam. annulare und seiner Umgebung auf der Innenfläche, welche die Steigbügelfussplatte in frischem Zustande so weit fixirte, dass eine Bewegung derselben auch bei der experimentell durch das Labyrinthmanometer gegebenen Vergrösserung nicht sichtbar zu machen war; vollständig immobilisirt erwies sich trotzdem der Steigbügel nicht, wie die nachträgliche Loslösung desselben bei der Maceration ergab; es dürfte aber, meint Herr B., doch durch die Kalkeinlagerung das sog. Ringband im extremen Maasse verdickt und gespannt gewesen sein. Durch diesen Fall nun, glaubt Herr B., sei der pathologisch-anatomische Nachweis geliefert, dass eine Fixation des Schallleitungsapparates an einer beliebigen Stelle der Paukenhöhle oder, wie in vorliegendem, auch von der Labyrinthfläche her einen negativen Ausfall des Rinne'schen Versuchs zur Folge habe und dies um so mehr, je straffer die Steigbügelfussplatte selbst fixirt sei. (Andere bemerkenswerthe Pathologica hatten sich weder im Labyrinth noch in Tuba und Paukenhöhle gefunden, wie dies die morphologische, wie auch die physicalische Experimental-

Untersuchung am Präparat ergeben hatte; namentlich war die runde Fenstermembran wohlbeweglich.)

Zum theoretischen Beweis, dass eine Anspannung der Gebilde der Pauke, der Gehörknöchelchen mit den Paukenhöhlenwänden eine Schwächung der Knochenleitung zur Folge habe, und um den bei der Knochenleitung stattfindenden Hergang zu prüfen, erschien Herrn B. ein Versuch entscheidend, bei welchem es eben nur darauf ankomme, eine continuirliche Kette von festen Leitern zwischen die Tonquelle einerseits und die Labyrinthwassersäule einzuschalten. Es werden die hierbei wesentlich nur interessirenden Verhältnisse des Schallleitungsapparates, die verschiedene Spannung der Bänder, eben nur experimentell nach aussen vom Schädel verlegt.

Eine Stimmgabel wird durch eine wenig elastische Schnur mit einem Knochenröhrchen verbunden und dieses in den Gehörgang eingesetzt. Werde die Schnur nun straff angespannt, so höre man den Ton der angeschlagenen Stimmgabel ausserordentlich stark; in demselben Verhältnisse aber schwächer, je mehr die Schnur entspannt werde.

Auch wenn man eine Beinplatte, die mit einer Stimmgabel durch eine Schnur verbunden sei, auf die Zähne setze, erziele man denselben Effect. So also soll nach des Herrn Autors Dafürhalten die einfache Erklärung für das Verhalten des Weber'schen sowohl, wie des Rinne'schen Versuches bei der grossen Mehrzahl der Mittelohraffectionen gefunden sein; weil aus den genannten einfachen Versuchen sich nichts Anderes ergeben könne, als dass eine Anspannung des Ligamentum annullare die Knochenleitung eminent begünstige. *

Zur Pathologie der Furunkeln des äusseren Gehörganges. Von Doc. Dr. Kirchner (Würzburg) (Abdr. a. dems. Protoc. d. Vers. — Aerztl. Intelligenzblatt No. 23, 1885.)

K. fand bei Furunkeln des äusseren Gehörganges Coccen, die sich als Staphylococcus pyogenes albus (Rosenbach) bestimmen liessen. Aus dem vorher noch nicht durchbrochenen Abscesse wurde unter den nöthigen Cautelen mit einem Bistouri etwas Eiter entnommen und mit diesem sowohl auf Gelatine als auch auf Agar nach Koch's Verfahren Reinculturen dargestellt. Es entstanden die von Rosenbach in seinem Werke über die Microorganismen bei den Wundinfectionskrankheiten beschriebenen und abgebildeten characteristischen undurchsichtigen weissen Flocken, wie sie der Reincultur des Staphylococcus pyogenes albus entsprechen. Auch Impfungen der Reinculturen auf weisse Mäuse erzeugten Abscesse. Auffallend war die Erscheinung, dass mehrere Impfungen mit der Reincultur auf Kaninchen ohne Erfolg blieben, ferner, dass auch in einem Falle von directer Ueberimpfung des aus dem geschlossenen Furunkel des äusseren Gehörganges vom Menschen entnommenen Eiters auf Kaninchen keine Abscessbildung erfolgte.

Ob der von Kirchner gezüchtete Staphylococcus pyogenes albus mit dem von Löwenberg in den Furunkeln des Gehörganges gefundenen Coccen identisch ist, oder ob es sich dort um eine andere Art handelte, kann Kirchner vorläufig noch nicht feststellen. Rosenbach hält be-

kanntlich diesen Staphylococcus pyogenes albus für pathogen zur Bildung von Abscessen. Es wird durch das Vordringen der Coccen in dem Bindegewebe der Anstoss zu weiteren Abcessbildungen veranlasst. Diese Art der Verbreitung würde auch das eigenthümliche recidivirende Auftreten der Furunkeln im Ohre einigermaassen erklären lassen. *

Ueber den Werth des Gellé'schen Versuchs. (Valeur de l'épreuve des pressions centrepètes. Réponse aux critiques du prof. Politzer.) Von M. Gellé. (Annal. des mal. de l'oreille etc. 1885. mai.)

G. hat bekanntlich die Thatsache, dass der Ton einer auf dem Scheitel gesetzten Stimmgabel durch Verdichtung der Luft im Gehörgange abgeschwächt wird, in differenziell diagnostischer Hinsicht zu verwerthen gesucht; indem er die Verminderung der Tonstärke auf eine Compression des Labyrinthinhalts durch die einwärts gedrängte Stapesplatte zurückführt, glaubt er aus den Ergebnissen des Versuchs — Abschwächung des Tons, Gleichbleiben desselben oder übermässig starke Reaction wie Schwindel, Gleichgewichtsstörung — Rückschlüsse auf die Beweglichkeit des Stapes im ovalen Fenster machen zu dürfen. Hiergegen hat Politzer in seinem Lehrbuche p. 786 der erhöhten Trommelfellspannung einen wesentlichen Antheil an der Tondämpfung zugeschrieben, sowie ferner eine jedesmal gleichzeitige Druckwirkung auf das Labyrinth auch bei immobilisirtem Stapes durch die fen. rotunda angenommen und somit den diagnostischen Schlüssen G.'s ihre Stützen entzogen. Diese Einwürfe sucht G. in obigem Aufsatze zu entkräften. Dass nicht die vermehrte Trommelfellspannung Grund der Tonschwächung im Versuche ist, glaubt er aus folgendem Versuche herleiten zu dürfen. Ein Gummischlauch ist an seiner Verbindungsstelle mit einem Ballon durch ein gespanntes Goldschlägerhäutchen verschlossen; setzt man eine angeschlagene Stimmgabel auf den in ein Ohr luftdicht gesteckten Schlauch, so bemerkt man beim Zusammendrücken des Ballons eine Verstärkung des Tons, hingegen eine Verminderung beim Aufsetzen der Stimmgabel auf den Ballon; die durch die Compression bewirkte vermehrte Spannung des Goldschlägerhäutchens hindert in ersterem Falle den Austritt der Schallwellen aus, im zweiten den Eintritt derselben in Gehörgang und Gummischlauch, daher dort Tonverstärkung, hier Tonverminderung während der Balloncompression. Beim Gellé'schen Versuche entspricht nun nach der Meinung seines Autors die Versuchsanordnung jener im ersten Falle; der vom Scheitel fortgeleitete Ton der Stimmgabel dringe nämlich direct durch die Schädelknochen mit Umgehung des Trommelfelles (!) zum Labyrinth; hätte die vermehrte Trommelfellspannung in dem Versuche überhaupt einen Einfluss auf die Tonempfindung, so müsste derselbe sich, entsprechend obigem Versuche, als eine Verstärkung des Tons darstellen; da aber das Gegentheil der Fall, so liege der Grund nicht in der erhöhten Trommelfellspannung, sondern irgendwo anders, und zwar nach G. in dem Einwärtsrücken der Stapesplatte in's Labyrinth. — Das runde Fenster diene nur als Ventil für die von der Stapesplatte übertragenen Druckschwankungen im Labyrinthe; Druck auf das runde Fenster bei immobilisirtem Steigbügel rufe stets heftige Symptome von Gleichgewichtsstörungen hervor, so dass hier grade der Druckversuch diagnostisch verwerthbar sei. G.

stellt die Veröffentlichung von clinischen und experimentellen Untersuchungen, welche er in den letzten Jahren ununterbrochen über den in Rede stehenden Versuch gemacht hat, in baldige Aussicht. Keller.

Schussverletzung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgang aus. (Blessure de l'apophyse mastoide par coup d'arme à feu tiré dans le conduit auditif.) Von Garrigou-Désarènes. (Revue mens. de laryngol. etc 1885, 3.)

Die Anschauungen der französischen Chirurgen über Behandlung der Schussverletzungen am Warzenfortsatze gehen dahin, dass eine möglichst prompte Entfernung der Kugel zu erstreben ist; auch wenn schon längere Zeit verflossen, ist hiermit nicht zu säumen, da noch immer tödtliche Folgen (Meningitis, Hirnabscess etc.) von dem Liegenbleiben der Kugel zu befürchten sind. Im Gegensatz hierzu hat sich in Deutschland seit Einführung der Antisepsis eine mehr exspectative Behandlung Geltung verschafft, welche Koerner in einer Arbeit über Schussverletzungen (Deutsche Ztschr. f. Chir. XII, 6.) dahin präcisirt, dass es fast stets am besten sei, wie jede Sondirung, so auch die Extraction des Geschosses zu unterlassen, da die Einheilung meist ohne weitere Störungen für den Kranken geschieht; nur da, wo durch Entfernung der Kugel auffallende Störungen voraussichtlich zu beheben sind, oder wo man sicher ist, auf kürzestem Wege ohne jede Gefahr für den Verlauf der Wundheilung die Kugel zu erreichen, oder der Kranke auf Entfernung derselben besteht, ist die Extraction vorzunehmen. — G.-Dès. scheint nun auch mehr zu letzterer Verfahrungsweise hinzuneigen: Ist die schnelle Entfernung des Fremdkörpers auch wünschenswerth (sagt er), so kann dennoch langes Suchen nach demselben verhängnissvoll werden und soll man, wenn irgend erhebliche Schwierigkeiten, denselben zu finden und auszuziehen, sich ergeben, davon um so eher abstehen, als auch bei exspectativer Behandlung Heilung mit Ausstossung des Projectils erzielt werden kann, vorausgesetzt, dass durch Offenerhalten der Schussöffnung für Secretabfluss gesorgt wird. Der Autor führt einen Fall seiner Praxis an: 35jähr. Mann, Revolverschuss (Caliber 7 Mm.) in's rechte Ohr; Einschussöffnung an der Vereinigung der Ohrmuschel und knöchernem Gehörgang; Blutung aus derselben tropfenweise, stärker aus der Tiefe des Meatus (alte Trommelfellperforation); Tamponade vom Gehörgang und Wundöffnung mit hämostatischer Watte; Tags darauf Sondiren; Sonde dringt parallel dem Gehörgang bis 23 Mm. tief vor, ohne die Kugel zu finden. Offenhalten der Einschussöffnung mit Laminaria, Injectionen; Wasser läuft aus dem Gehörgang und der Wunde ab. Nach 3 Wochen, nachdem keinerlei bedrohliche Erscheinungen aufgetreten, Eingehen mit dem Trouvé'schen electr. Kugelsucher ohne Erfolg. Von da ab, bei mässiger Otorrhoe, rein exspectativ 4 Mal tägl. Einspritzungen bald durch die immer noch künstlich offen erhaltene Schusswunde, bald durch den Gehörgang in der Hoffnung, dass sich die Kugel an der einen oder anderen Oeffnung zeigen würde. 5 Monate nach der Verletzung präsentirte sich ein längliches, 4 Grm. schweres Bleistück im Gehörgang; dasselbe wurde nebst einem kleinen Knochensplitter entfernt. Rasche Heilung der Fistel. (Cf. die in mancher Beziehung ähnliche Beobachtung von Koerner, Arch. für Ohrenh., XVII, 3.) Keller.

Ueber Taubstummheit durch Otopiesis oder Ohrdruck. (De la Surdimutité par otopiésis ou par compression auriculaire.) Von Prof. Boucheron (Paris). (Revue mens. de laryngol. etc., 1885, 1 u. 2)

B. hat unter dem Namen der Otopiesis (οὖς, ὠτος Ohr, πιέσις Druck) eine Form von acquirirter Taubheit beschrieben, deren kurze Skizzirung wir nach den wiederholten Besprechungen des Thema's auf dem Kopenhagener Congress, im Schoosse der Société franç. d'otologie etc., sowie in der Académie des sciences, auch an dieser Stelle nicht umgehen können. — Es findet sich statistisch nachweisbar bei der grössten Zahl taubstummer Kinder ein Nasenrachencatarrh vor, welcher entweder durch primäre Erkältung, auf constitutioneller Basis oder durch Scharlach, Masern, Diphtheritis etc. entstanden ist. Durch Weiterkriechen desselben nach den Tuben kommt es zu Schwellung und Verschluss derselben, dadurch zur Resorption der intratympanalen Luft, der äussere Luftdruck presst Trommelfell und Gehörknöchelchenkette stark nach Innen; es kommt, da die Labyrinthflüssigkeit nur nach dem runden Fenster ausweichen kann, dessen Membran aber bald das Maximum der Ausdehnungsfähigkeit erreicht hat, zum Druck der Gefässe und Nerven an ihren intralabyrinthären Eintrittsstellen: es resultiren Taubheit und Geräusche. Der Druck braucht nicht direct zur Lähmung der Nerven zu führen, er kann auch eine Reizung derselben hervorrufen mit complexen Erscheinungen; die Reizung der Ampullarnerven erzeugt Gleichgewichtsstörungen; dieselbe kann sich centripetal fortpflanzen entlang dem Acusticus zur Medulla oblongata und deren Nervenkernen; zum Vagus (Erbrechen, Uebelkeit), Facialis, den masticatorischen Nerven (Zähneknirschen), den Augenmuskelnerven (Augenkrämpfe) etc., ferner zum vasomotorischen Centrum (Leichenblässe, wechselnde Röthe und Blässe), zum Wärmecentrum (Hitze im Kopfe, vielleicht Fieberbewegung); ja selbst über die Medulla hinaus zum Rückenmark mit Krämpfen in den Brust-, Bauch-, Lendenmuskeln (kahnförmiges Eingezogensein des Abdomen etc.); auch beobachtet man epileptiforme Zufälle, die denselben Reizzustand der Medulla zur Grundlage haben.

Nach diesen Auseinandersetzungen kann es dem Autor nicht schwer fallen, die verschiedensten clinischen Bilder unter dem Begriffe der Otopiesis zusammenzufassen. Er unterscheidet a) eine pseudo-meningitische, b) eine pseudo-epiletische und c) eine einfache Otopiesis ohne flagrante Krankheitssymptome und Krämpfe. Die Symptome von a) sind absolut dieselben, wie bei der wahren Cerebrospinal-Meningitis, beide sind durch Reizung der Medulla hervorgerufen, bei der Meningitis direct, bei der Otopiesis durch Reflex vom Acusticus; doch giebt es Unterschiede im Verlauf beider Krankheiten; so fehlt z. B. bei der Pseudo-Meningitis eine Facialislähmung, während bei der Meningitis ein die Acusticusstämme drückendes Exsudat auch den anliegenden Facialis lähmen muss (bekanntlich irrig, R.). Zur Erläuterung der Otopiesis simplex sei ein Fall angeführt: 4jähr. Knabe, Morgens noch gut hörend, wird Nachmittags plötzlich von intensiver Taubheit und Stummheit befallen; das Kind war Abends vorher mit Selterswasser bespritzt und noch nass zu Bett gebracht worden; ein acuter Rachen-Tubencatarrh a frigore führte hier nach B. zur Otopiesis. — Die Ohruntersuchung ergiebt nach B. bei den meisten taubstummen Kindern eingezogene Trommelfelle mit stark vorspringendem Proc. brevis; zeitweise bei Exacerbation des Tubencatarrhs

zeigt sich eine Röthe über dem kurzen Hammerfortsatz mit Injection am Hammergriff; zuweilen kommt es auch zu schleimig-eitrigem Mittelohrcatarrh mit Perforation, Caries und Necrose am Schläfenbein; die Tuben sind mehr oder weniger verengt; oft finden sich adenoide Vegetationen. — Auch die Thatsache von der Erblichkeit der Taubstummheit, sowie ihr häufiges Vorkommen in hohen Gebirgsgegenden lässt sich nach B. auf Otopiesis mit causalem Tubencatarrh zurückführen. Das Hereditäre ist in ersterem Falle, besonders bei Blutsehen zwischen Personen von arthritischer oder lymphatischer Constitution, der Nasenrachencatarrh; während in Gebirgsgegenden der häufige Witterungswechsel, die Luftfeuchtigkeit etc. leicht denselben Catarrh erzeugt: Die Kinder finden die Bedingungen zur Otopiesis im höchsten Grade vor. Bei Neugeborenen ist geradezu eine physiologische Disposition dazu gegeben; da bei ihnen die Pauke bis zur Athmung luftleer ist, so genügt eine aus irgend welchem Grunde länger dauernde Undurchgängigkeit der Tube zur Entstehung des Ohrdrucks bis zur Hemmung der Entwicklung des Corti'schen Organs; werden später dann die Tuben frei, so kann die Paukenhöhle sich normal gestalten, die Taubheit bleibt unheilbar. — Zum Beweise für all' diese Behauptungen versuchte B., den Mechanismus der Otopiesis experimentell an Hunden hervorzurufen, denen er durch Cauterisation mit dem Thermocauter die Tuben zur Obliteration brachte; bei der Section (nach 6 Monaten) fanden sich die Paukenhöhlen luftleer, mit Schleim, auch eitrigem Inhalte zuweilen angefüllt; das Punctum saliens aber, die Degeneration der intralabyrinthären Acusticusausbreitungen, fand sich conform der Thatsache, dass keines der Thiere absolut taub geworden, in keinem Falle vor. Dafür aber giebt B. das Sectionsergebniss zweier anderweitig völlig taub und fast stumm gewordener Hunde an: Kleinhirn, Medulla obl. und die Acustici bis zum Labyrinth intact; im Canalis spiralis (ganglionaris) der Schnecke ebenfalls die Nervenfasern unverändert, im Niveau der Löcher der Habenula perforata jedoch durchtrennt (coupé), das Corti'sche Organ bis auf einige unförmliche Trümmer geschwunden, Membrana basilaris erhalten; der Schwund des Corti'schen Organs ist nach B. Folge des Ausfalls der vom Rosenthal'schen Ganglion ausgehenden trophischen Einwirkungen auf die sensorischen Acusticusfasern in jenem Organ. B. zieht den Fall von Moos und Steinbrügge von Veränderung der Haarzellen und Nervenatrophie im Canalis spiral. bis zum Rosenthal'schen Ganglion in der ersten Schneckenwindung in Parallele. Auf eine Entgegnung von Baratoux, dass er obiges Präparat von B. für ganz normal halte, dem nur das so delicate und schwer zu präparirende Corti'sche Organ abhanden gekommen sei, andernfalls aber eine gleiche Läsion der Nervenfasern bis zum Ganglion spirale, wie in dem Moos'schen Falle, hätte vorgefunden werden müssen, entgegnete B., dass die Verletzungen noch zu frisch und zu einer aufsteigenden Degeneration der Nervenfasern die Zeit noch zu kurz gewesen. Ausserdem giebt B. zu, dass in den Aquäducten ein Sicherheitsventil für mässig gesteigerten Labyrinthdruck gegeben sei*), stärkerer Druck jedoch

*) Eine Ansicht, welche er zuerst ganz bestimmt auf Grund seiner Experimente gegeben hat in seinem in der Berl. physiol. Gesellschaft 1879 gehaltenen Vortrag: Experimenteller Nachweis einer freien Communication der endo- und

würde nicht mehr ausgeglichen, da die Enge der Canäle eine zu beträchtliche sei und zudem der Aq. vestibuli normaler Weise warzige, das Lumen noch mehr verengende Vorsprünge besitze. —

Eine Hauptstütze der Theorie von der Otopiesis ist der Effect der Therapie: nur wenige Male wiederholte Lufteintreibungen in die Pauke genügen in nicht zu alten Fällen, die Drucksymptome zu beseitigen oder zu mindern. 8jähr. Knabe, nach meningitiformer Otopiesis absolut taub, unfähig zu gehen und sich aufrecht zu halten; Dauer 6 Wochen. Nach der ersten Luftdouche kann sich das Kind gerade halten und zu Fuss nach Hause gehen. — 2½jähr. Kind, langsam taubstumm geworden; 2 Jahre später macht B. Lufteinblasungen; allmählig gewinnt das Kind Gehör und Sprache wieder.

Es bedarf keiner weiteren Ausführung für die Behauptung, dass das Bild der Otopiesis dem des Glaucoms von B. theoretisch nachconstruirt ist; irgend welchen stringenten Beweis ist B. schuldig geblieben. Dass Taubstummheit durch Tuben-Mittelohrcatarrhe im frühesten Kindesalter entstehen kann, ist eine Thatsache, das Krankheitsbild der Otopiesis aber eine Uebertreibung. Keller.

Bericht über das erste Lustrum ohrenärztlicher Thätigkeit. Von Dr. Paul Schubert in Nürnberg. (Archiv f. Ohrenheilkunde, Band **22**, Heft 1.)

Seit Mai 1879 bis Juni hat W. 2000 Ohrenkranke beobachtet, von denen 1089 dem männlichen, 905 dem weiblichen Geschlechte angehörten; 1451 waren älter als 15 Jahre, 543 jünger. Von ersteren waren 801 männlich und 650 weiblich; von letzteren 288 männlich, 255 weiblich. Bezüglich der Diagnosen fand Sch. 128 Erkrankungen der Ohrmuschel; 410 Krankheiten des Meat. extern.; 213 Erkrankungen des Trommelfelles; die Paukenhöhle war 1633 Mal, der Warzenfortsatz 19 Mal, das Labyrinth 79 Mal erkrankt; verschiedene andere Affectionen motorischer, sensibler, sensitiver, centraler, cerebraler, traumatischer Natur 109 Mal. Nasen- und Rachenerkrankungen 134 Mal; Allgemeinerkrankungen 63 Mal. Jeder der verschiedenen, bisweilen an einem Patienten constatirten pathologischen Befunde wurde als Diagnose gebucht, mithin überragt die Zahl der letzteren jene der Kranken.

Verf. räth, die Borsäurebehandlung bei acuten oder chronischen profusen Eiterungen einzuschränken, bei mässiger Secretion hält er das Mittel für unschätzbar.

Von der Alcoholbehandlung bei Granulationen nahm Verf. nach einigen misslungenen Versuchen Abstand.

Eine kleine Reihe von Otorrhöen wurde versuchsweise mit Sublimatholzwolle behandelt, die Methode hat sich ihm indessen nicht bewährt.

Einige Fälle von Ohreneiterung wurden auf Tuberkelbacillen untersucht und einmal auch solche gefunden, in einer Lagerung, deren Bild sehr an die von Koch gegebene Darstellung erinnerte.

Die trockene Reinigung hält Verf. für schonender, gründlicher, als mit der Spritze.

---

perilymphatischen Räume des menschl. Ohrlabyrinths mit extralabyrinthischen Räumen (Virchow's Archiv, 77. Band, 1879, Seite 225.)

In 33 Fällen wurde Lues mit Sicherheit als Ursache der Ohren- resp. Nasenkrankheit constatirt.

Eine allgemeine Statistik der therapeutischen Erfolge beizufügen unterliess Verf. mit Vorbedacht; trotz dieses kleinen Mangels, der in vieler Beziehung vollkommen gerechtfertigt, scheint das 5jährige Material ernst, gewissenhaft und fachmännisch verwendet worden zu sein.

Lichtenberg.

Der Waldwollenverband. Von Dr. Trückenbrod in Hamburg. (Ibidem.)

Verf. macht auf eine noch unbekannte Verbandmethode aufmerksam, die bei grösseren Operationen am Ohre zweckmässig, rasch und einfach angewendet werden kann. Die Formalitäten sind dieselben wie bei anderen antiseptischen Verbänden. Das Waldwollekissen wird sehr einfach bereitet: es werden kleine Beutel aus undesinficirtem Mull angefertigt und dieselben mit Waldwolle gefüllt. Das Kissen, 12—20 Ctm. lang, 10 Ctm. breit, wird vor Anwendung in heisses Wasser gelegt (80—90° C.), dann abgekühlt. Es ist überflüssig, das Kissen zu desinficiren, nachdem dasselbe, wie Kümmel bewiesen, antiseptisch ist; die verflüssigten Harze und ätherischen Oele haben desinficirende Wirkung. Lichtenberg.

---

b) Pharygo-laryngologische:

Ueber die Beziehungen des Kniephänomens zur Diphtherie und deren Nachkrankheiten. Von Prof. Martin Bernhardt. (Virchow's Archiv, 99. Band, 3. Heft.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Bei einer sehr grossen Anzahl von Kranken, welche (Rachen-) Diphtherie überstanden haben, findet man einige Wochen später die Kniephänomene geschwunden.

2) Obgleich in diesen Fällen die diphtheritische Erkrankung meist eine schwere gewesen ist und neben den gewöhnlichen Lähmungserscheinungen an der Gaumensegel- und Augenmuskulatur noch andere und bedeutendere Störungen des Centralnervensystems aufgetreten sind (allgemeine Parese, Schwäche, Ataxie), so braucht dieses doch nicht allemal der Fall zu sein, da auch bei scheinbar leicht abgelaufenen Fällen die Thatsache des Verschwindens der Kniephänomene beobachtet wird.

3) Da das Westphal'sche Phänomen (das Fehlen der Kniephänomene), wie namentlich einige eigene Beobachtungen zeigen, erst 6 bis 8 Wochen nach dem Beginn der Krankheit in die Erscheinung treten kann, so hat man in dem Vorhandensein des Kniephänomens innerhalb der ersten 5—8 Wochen nach der Diphtherie, wie dies sicher vorkommt, noch keine Garantie, dass es nicht doch später noch verschwinden und dass nicht der bis dahin von schwerer Erkrankung des Centralnervensystems frei Gebliebene doch noch weiterhin ernstlich erkranken könne. Andererseits kann das Kniephänomen nach Diphtherie schon wenige (3—4) Wochen nach Beginn des Leidens nicht mehr angetroffen werden, während doch der Kranke, abgesehen von mässig ausgebildeter Gaumensegellähmung und leichteren Störungen in der Function der Augen, sich ganz wohl fühlt und auch weiterhin ganz intact bleiben kann.

4) Das Verschwinden der Kniephänomene nach Diphtherie scheint häufig so zu Stande zu kommen, dass es einige Zeit nur einseitig verloren geht, ebenso erscheint es bei der Rückkehr häufig zuerst nur wieder einseitig ausgeprägt oder doch deutlich stärker auf der einen als auf der anderen Seite.

5) Sind die Kniephänomene nach Diphtherie erst einmal geschwunden, so können sie es für überraschend lange Zeit (5—6 Monate) bleiben und fehlen oft auch zu einer Zeit noch, wo der Genesende keine anderen Zeichen der überstandenen Krankheit mehr darbietet.

6) Es erscheint mir dieses Verhalten von einer gewissen Wichtigkeit für diejenigen Untersuchungen, welche sich damit beschäftigen, das Vorkommen oder das Fehlen der Kniephänomene bei Gesunden festzustellen: wer eine diphtheritische Erkrankung überstanden hat, ist, nach dieser einen Richtung hin, erst nach 5—6 Monaten wieder den Gesunden zuzurechnen.

7) Ob das Kniephänomen nach Diphtherie nie verschwindet, hat Verf. noch nicht feststellen können.

8) Die Hautreflexe und die Kniephänomene (Sehnenreflexe) gehen in Bezug auf ihr Vorhandensein oder Fehlen nicht parallel: erstere sind oft gut ausgeprägt vorhanden, wo letztere durchaus fehlen.

9) Die Beobachtungen über das Verschwinden resp. das Fehlen des Kniephänomens nach Diphtherie haben natürlich nur dann einen besonderen Werth, wenn die Function des M. quadriceps femoris eine intacte ist. Voltolini.

Zur Lehre über Innervation des Larynx. Von Simanowsky. (Botkin's kl. Wochenschr., 1884, No. 25.)

Dass Kehlkopfserweiterer früher als Kehlkopfsschliesser bei centralen und peripherischen Ursachen erkranken, erklärt man bis heute auf dreifache Weise: 1) dass die Nervenfasern der Abductoren peripherisch und die der Adductoren central in vago resp. in recurrente sich befinden; 2) dass Abductorennervenfasern eine grössere Empfindlichkeit zu Verletzungen, als die der Adductoren haben, und 3) durch Innervationsüberwiegen der Adductoren gegen die Abductoren, indem die ersteren von Laryng. sup. et infer., die letzteren aber nur von L. inf. versorgt seien.

Da diese Auseinandersetzungen die Kritik nicht aushalten, unternahm S. die Frage auf experimentalem Wege zu lösen.

Die Reizung der entblössten Vagi bei Kaninchen oder bei der Katze durch schwachen Strom giebt nach S. eine schwache Contraction der Schliesser, durch starken Strom eine starke und intensive Contraction der Eröffner; die erste Erscheinung ist schwach und vorübergehend, während die zweite — stark und stabil.

Eine analoge Erscheinung ist uns bezüglich der Extremitäten des Frosches bekannt: schwache Ströme erzeugen Flexion, starke — Extension; Curare vernichtet dieses Phänomen. Nach Krause und Ranvier existiren beim Kaninchen zweierlei Muskelfibrillen — die rothen und die weissen; die ersteren reagiren bei schwachen, die letzteren bei starken Strömen. Nach Grützner müssen dieselben Beziehungen für alle Muskelsysteme anderer Thiere angenommen werden.

Da die weissen und rothen Muskeln des Kaninchens ein schönes Analogon für Schliesser und Erweiterer darbieten, ging S. zur microscopischen Untersuchung der Nervenendigungen, zuerst in diesen und dann in den Kehlkopfmuskeln. Es erwies sich Folgendes:

1) In weissen Muskeln gehen die Nerven anfangs quer durch die Fleischmasse in der Art eines kurzen dicken Strangs, der sich in kurze, dicht aneinandersitzende Strängchen zertheilt, die zu den Endplatten den Weg nehmen.

2) In rothen Muskeln sammeln sich die Nervenfasern zu langen, dünnen Strängen, von denen nur sehr weit von einander die dünnen langen Nervensträngchen, aus 3—5 Fibrillen bestehend, abgehen und sich baumartig zertheilen.

3) In den gemischten Muskeln befinden sich Endigungen beiderlei Art.

4) Die Nervenendigungenzertheilung der Erweiterer stellt etwas Aehnliches dem unter 2) beschriebenen dar. Die Nerven der Schliesser bilden ein sehr reiches kleinmaschiges Netz, in dem bisweilen zu einer und derselben Endplatte zwei Nervenfibrillen von verschiedenen Seiten herangehen.

Eug. Stepanow (Moskau).

Ueber Larynxblutungen. (Laryngeal Hemorrhage.) Von J. W. Gleitsmann in New-York. (The Amer. Journal of Med. Sciences, April 1885.)

Ein 25jähr., aus Galizien von gesunden Eltern stammender Schneider bekam, nachdem er zwei Wochen lang an Heiserkeit und Kurzathmigkeit gelitten hatte, Anfälle von Haemoptoë, als deren Quelle mittelst des Kehlkopfspiegels eine stecknadelkopfgrosse Stelle am Vereinigungsort des vorderen und mittleren Dritttheils des rechten Taschenbandes erkannt wurde. Die Kehlkopfschleimhaut war catarrhalisch verändert. Die Haemorrhagien wiederholten sich die folgenden sechs Tage hindurch, worauf Rückgang sämmtlicher Symptome erfolgte. Lungen frei. Verf. giebt eine dankenswerthe Zusammenstellung der Literatur des Gegenstandes und zieht aus den Antworten, welche er von einer Anzahl amerikanischer Specialisten auf eine diesbezügliche Circularanfrage erhielt, den Schluss, dass primäre Laryngealblutungen nur in Ausnahmefällen die Bedeutung eines Initialsymptoms der Lungenphthise besitzen.

A. Schapringer (New-York).

Zur doppelseitigen myopathischen Paralyse der Glottis-Erweiterer. Von Dr. Franz Fischer (Meran-Gleichenberg). (Wiener med. Wochenschr. 1885, No. 19.)

F. beschreibt einen Fall von myopathischer Posticus-Lähmung, bei dem er aus dem laryngoscopischen Befunde die Ursache der Lähmung mit Bestimmtheit erkennen konnte. Der Kranke, ein 59jähriger Locomotiv-Aufseher, litt seit längerer Zeit an Athemnoth, trockenem Husten und leichten Schlingbeschwerden. Die laryngoscopische Untersuchung ergab: starke Schwellung der Schleimhaut des hinteren unteren Umfanges des Larynx, so zwar, dass von beiden Sinus pyriformes nur schlitzförmige Andeutungen zu sehen waren; die Schleimhaut selbst nur mässig geröthet. Die Glottis öffnete sich während der Inspiration nur auf Millimeter-Weite, bei der Phonation vollkommener Schluss der Stimmbänder, die auch sonst keine wesentliche Veränderung zeigten.

Da nun F. aus der erhaltenen Beweglichkeit in den Crico-Arygelenken, sowie aus dem Fehlen von Oedemen in der Nachbarschaft einen perichondritischen Process ausschliessen zu können glaubte, so musste er den Schwellungszustand für chronisch-catarrhalisch erklären, und die Localisation der Schwellung in der Gegend der hinteren Fläche der Siegelplatte der Cart. cric. mit Ausbreitung derselben nach beiden Sin. pyriform. hin, einer Gegend, wo unter der Schleimhaut die Mm. postici gelagert sind, liess die Betheiligung derselben an dem Processe nothwendigerweise annehmen.

Durch Einpinselung einer 6pctg. Lapis-Lösung wurde die Schwellung zum Schwinden gebracht, doch die Paralyse bestand fort. F. meint, dass dies nicht gegen seine Annahme spreche, da paralytische Zustände im Larynx oft erst längere Zeit nach Ablauf der ursächlichen Erkrankung schwinden. Der eingeleiteten electrischen Behandlung, von der F. sich einen günstigen Einfluss versprach, entzog sich der Kranke.

E. J.

Eine verbesserte Methode zum Photographiren des Larynx. (On a perfected method of photographing the larynx.) Von Thomas R. French in Brooklyn. (Vorgetragen beim internat. med. Congress in Copenhagen. New-York Med. Journal, 13. Dec. 1884. Mit Abbildungen).

F.'s Apparat besteht 1) aus einem Sonnenlichtcondensator, 2) einer mit der Hand zu haltenden Camera, an der das leicht convexe Laryngoscop angebracht ist und 3) einem Stirnreflector. Der Condensator enthält eine fünfzöllige Doppelconvexlinse von 13 Zoll Brennweite, und eine kleinere Planconcavlinse, letztere um die von der ersten Linse convergent gemachten Strahlen wieder parallel zu machen, bevor sie auf den Stirnreflector fallen. Die beigelegten Proben-Reproductionen in „Artotyp" lassen leider noch Manches zu wünschen übrig.

A. Sch. (N-Y.)

Electrische Beleuchtung der verschiedenen Körperhöhlen, Faradisation, Galvanocaustik und Electrolysis mittelst Taschenaccumulatoren. (Electric illumination of the various cavities of the human body, faradisation, galvanocauterisation and electrolysis by means of pocket accumulators.) Von Felix Semon. (Lancet, 14. März 1885.)

Die von Manners und Vesey angegebenen Lampen wurden von dem Glühlichtfabrikanten Herrn C. H. F. Müller in Hamburg wesentlich vervollkommnet, besonders durch Hinzufügen eines kleinen Accumulators, dessen genauere Beschreibung und Füllung im Original nachgesehen werden muss. Ich bemerke nur, dass ein solcher Accumulator eine Lampe 10—14 Tage speisen kann. Verf. geht nun über zu der Beschreibung eines Erleuchtungsapparates für Mund, Schlund, Nasenrachenraum, Kehlkopf, Nase, Ohr, Scheide und Mastdarm. Derselbe scheint nach der Abbildung sehr practisch eingerichtet und hat sich dem Verf. auch sehr bewährt, da er genau wie ein gewöhnlicher Kehlkopfspiegel benutzt, z. B. auch bei Operationen ebenso mit der linken Hand gehalten wird. Ferner ist er sehr nützlich für liegende Patienten und für Anfänger, da die Schwierigkeit der Einstellung der Beleuchtung wegfällt. Die Erhitzung des Instruments soll sehr gering sein. (Es war dies bei allen electrischen Beleuchtungen im Halse, welche Ref. gesehen, die unan-

genehmste Beigabe, weil sie die immerhin recht lästigen Wasserspülungen nöthig und dadurch den Apparat umständlich und schwerfällig machte.)

Man kann ferner durch die Verbindung des Accumulators mit einem Schlittenapparat bequem faradisiren. Auch zu galvanocaustischen Operationen sind die Accumulatoren als Electricitätsquelle bequem zu benutzen; man muss aber dann 2—4 verbinden. Sie erschöpfen sich dabei rascher als bei anderer Benutzung.

Electrolysis ist ebenfalls leicht damit auszuführen. Bei all' diesen Anwendungen muss zum Reguliren der Kraft in dem Handgriff eine Widerstandsspirale eingeschaltet werden.

In einer Nachschrift giebt Verf. Kunde von einer neuen Batterie, welche, wenn sie der Beschreibung entspricht, die Accumulatoren überflüssig machen würde.

Versuche hat er damit noch nicht machen können, da sie noch nicht im Handel ist. Dr. M. S.

Brüche des Zungenbeins und des Kehlkopfes. (Fractures of the hyoidbone and Larynx.) Vorgetragen in der Pathological Society of London. Von Dr. Arbuthnot Lane. (Lancet, 7. März 1885.)

Verf. sah 9 Fälle unter 100 Leichen im Sectionssaal. Nach den Zusammenstellungen von Durham und Fischer heilten von 82 Fällen nur 28. Die grossen Hörner des Zungenbeins brachen, besonders wenn verknöchert, nicht schwer durch directe Gewalt. In der Discussion wird die Häufigkeit dieser Brüche, wie sie Lane gefunden, bezweifelt und durch das Vorhandensein eines anormalen Gelenkes erklärt.

Dr. M. S.

Seltener Fall von Larynxneurose. (Sur un cas rare de névrose laryngienne.) Von Dr. M. Bride. (Revue mensuelle de laryngologie No. 12.)

Charcot hat vier ähnliche Fälle erzählt. Es besteht ein Laryngealschwindel, ähnlich dem Menière'schen Schwindel; zuerst treten kurzer trockener Husten und manchmal stridulöses Athmen ein und dann kommt Verlust des Bewusstseins. Die Patienten klagen einfach über ein Gefühl von Brennen und im Allgemeinen besteht Hyperämie oder Granulation. Bromkalium nebst localer Behandlung bringen häufig Erfolg.

Dr. P. K.

Erkrankung der Larynxknorpel während der Reconvalescenz von Typhus; consecutive Larynxerkrankung; nach 9 Jahren Tracheotomie; Heilung. (Affection des cartilages laryngiens, pendant la convalescence de la fièvre typhoide. Rétrecissement laryngien consécutif, trachéotomie 9 ans plus tard; guérison.) Von Dr Paul Koch. (Annales les maladies de l'oreille, du larynx etc. Von Ladreit de la Charrière. No. 6, 1884.)

Ein 19jähriger Mann litt im Jahre 1875 an schwerem Typhus; vier Monate nach Beginn der Krankheit kamen bellender Husten, Schlingbeschwerden und Athemnoth, welche Symptome in 2 Tagen Zeit ihren Höhepunkt erreichten. Patient war in der höchsten Erstickungsgefahr, als er während einem neuen Anfalle Eiter mit Blut auswarf und sich erleichtert fühlte; diese Expectoration dauerte 2 Tage, es wurde kein Knorpel ausgeworfen. Im Angesicht seines späten Auftretens wurde das

Leiden nicht als wahrer Laryngotyphus, sondern als Perichondritis laryngea, wie sie bei langdauernden acuten Krankheiten und also namentlich bei Typhus vorkommt, diagnosticirt. Bekanntlich wird bei dieser Perichondritis laryngea vorzugsweise der Ringknorpel aus allgemein bekannten Ursachen angegriffen. Als erste und nothwendigerweise eintretende Folge dieser Perichondritis der Platte des Ringknorpels entsteht die Lähmung der Musculi cricoarytenoidei postici; sie fehlt nie und ist grösstentheils die Ursache der Dyspnoe; tritt einfache ödematöse Infiltration der Muskelfibrillen ein, so ist die Dyspnoe vorübergehend, tritt aber Zerstörung der Muskeln ein, so wird die mediane Stellung der Stimmbänder mit der Dyspnoe continuirlich. In beiden Fällen hängt der Grad der Athemnoth von der Zahl der infiltrirten Muskelfibrillen ab. Wegen ihrer entfernteren Lage erkranken die Musculi interarytenoideus, obliquus, transversus nebst den Cricoarytenoidei laterales viel seltener und das Ausfallen ihrer Functionen kann nur Stimmlosigkeit, nie aber Athemnoth bewirken. Ausserdem bedingt die Perichondritis der Platte des Ringknorpels noch Ankylose der Cricoarytenoidealgelenke und mehr weniger ausgesprochene mediane Stimmbandstellung. Als dritte aber seltenere Ursache der Medianstellung der Stimmbänder, respective der Dyspnoe ist die Compression beider Recurrentes durch die entzündete Schilddrüse zu erwähnen; wird letztere als Seltenheit leider nicht erkannt, so wird man eine Perichondritis laryngea als Ursache der Dyspnoe beschuldigen, während in der Wirklichkeit der Kehlkopf intact ist; so kann Krampf der Adductoren oder theilweise Lähmung der Abductoren (nach Mackenzie und Semon werden die Abductorenfasern zuerst gelähmt) entstehen; beide Krankheiten bringen trotz ihrer Verschiedenheit denselben Effect hervor: Dyspnoe, welche tödtlich werden kann.

Die mediane Stellung der Stimmbänder ist also die Hauptursache der Dyspnoe, das Larynxoedem ist nur secundär und von untergeordneter Wichtigkeit; trotzdem darf man nur ausnahmsweise und zwar nur bei acuter Strumitis, eine wirkliche Lähmung der Glottiserweiterer diagnosticiren; im Gegentheil, die Phonationsstellung der Stimmbänder verbürgt immer eine tiefer gelegene Zerstörung der Muskeln, eine Ankylose der Cricoarytenoidealgelenke, eine Chondritis und eine Perichondritis. Dieser constante pathologisch-anatomische Befund beweist die absolute Nothwendigkeit der Tracheotomie in solchen Fällen; Zögern mit der Operation hat gewöhnlich den Tod zur Folge. Operirt man solche Kranken nicht, so kommen sie nur ausnahmsweise davon; die Statistiken beweisen dies. Die Exspectation ist also zu verwerfen und zur exspectativen Behandlung werden gerechnet alle Medicamente und Manipulationen, nur nicht die Tracheotomie.

Der betreffende Patient zählt unter diese Ausnahmen, welche trotz exspectativer Behandlung nicht unterlagen. Nach der relativen Heilung, d. h. 3 Jahre nach Verlauf des Allgemeinleidens, also in einer Periode, wo man das Larynxleiden als abgeschlossen betrachten zu dürfen glaubte, wurde, dem laryngoscopischen Befunde entsprechend, eine Lähmung der Glottiserweiterer und des linken Cricoarytenoideus lateralis diagnosticirt. Heute aber, also 6 Jahre nach Feststellung der Diagnose und 9 Jahre nach dem Ablauf des Typhus, ist die Dyspnoe stärker und continuirlicher geworden; Patient verlangt, geheilt zu werden. Beim Laryngoscopiren

findet man die Parese der Cricoarytenoidei postici fast verschwunden, das linke Stimmband immer träge; unter den Stimmbändern nach links liegt ein zweilappiger, glatter, mehr als die Hälfte des Tracheallumen einnehmender Tumor; es bestand inspiratorisches und exspiratorisches Pfeifen, welches sich bei der geringsten Gelegenheit bis zu einem gefahrdrohenden Grade steigerte. Die tiefe Tracheotomie wurde ausgeführt; der obere Lappen des Tumors zeigte sich als eine knorpelige Protuberanz der linken Hälfte des Ringknorpels, der untere Lappen war ein Schleimhautwulst; letzterer wurde mittelst des Thermocauters entfernt. Zur Entfernung des oberen knorpeligen Lappen wäre eine partielle Resection des Larynx nothwendig gewesen. Da letztere Operation nicht gefahrlos ist, da Pat. bei verstopfter Canüle hinreichend athmet und seinen Dienst als Eisenbahnbremser recht gut versieht, wird die Operation nicht ausgeführt; nach Entfernung der Canüle befand Patient sich recht wohl.

Der vorliegende Fall zeugt abermals von dem schleppenden Verlauf dieser typhösen Larynxaffectionen, er beweist von Neuem, wie die erkrankten Knorpel sich nur langsam schichten und noch in späteren Zeiten die Tracheotomie fordern, welche im acuten Stadium der Krankheit hätte sollen ausgeführt werden. Dr. P. K.

Die Abtheilung für Halskranke vom St. Thomas-Hospital 1883. (The throat department of St. Thomas's hospital in 1883.) Von Dr Felix Semon (London). (St. Thomas Hospital Reports. Vol. XIII.)

Dieser zweite Bericht umfasst 691 Patienten, von welchen 393 am Pharynx, 211 am Larynx, 20 an der Nase und 34 an der Speiseröhre und sonstigen Krankheiten erkrankt waren.

Verf. bespricht dabei verschiedene interessante Beobachtungen: Abscess des weichen Gaumens bei einer 63jähr. Frau, Mycosis pharyngis leptothricia, beschränkt auf Gaumen und Zäpfchen, 3 Fälle von Papillomen des weichen Gaumens. Sehr ausführlich bespricht Verf. die Indicationen für Tonsillotomie und ihre Methoden. Es scheint, dass viele Aerzte in England, mehr als bei uns, alle möglichen Einwendungen gegen die Vornahme der Operation machen. Verf. widerlegt die einzelnen Einwürfe ausführlich; er bestreitet unter Anderem mit Recht, dass die Tonsillarhypertrophie vor Infectionen schütze, das Gegentheil sei der Fall, die Operation schädige auch nicht die Stimme, ebensowenig schädige sie die Geschlechtsfunctionen. Ferner wendet er sich gegen die Annahme, dass hypertrophirte Mandeln mit der Pubertät schwinden, ein Viertel etwa der beobachteten Fälle bestand noch nach dem 20. Lebensjahre. Die Tonsillen sind nicht immer Ausdruck der scrophulösen Diathese, die man zuerst heilen müsse; Exstirpation der Tonsillen verbessert im Gegentheil meist die Ernährung, man soll also nicht warten. Wiederwachsen exstirpirter Tonsillen ist selten und kommt nur vor, wenn bei der ersten Operation ein Stück zurückgelassen worden. Kleine Stücke herauszuschneiden, in der Hoffnung, dass der Rest atrophire, ist nicht richtig. Seine Indicationen zur Herausnahme sind:

1) Wenn sie die Respiration während des Wachens oder des Schlafs hindern und dadurch zur ungenügenden Sauerstoffaufnahme in's Blut Anlass geben.

2) Wenn sie zu Veränderungen in dem Stimmcharacter oder zur mangelhaften Articulation führen.

3) Wenn sie zu mangelhafter Entwicklung des Gesichts oder der Brust führen.

4) Wenn die chronische Vergrösserung zu häufigen Entzündungsanfällen führt, zu Drüsenschwellungen oder Entzündungen der Nachbarschleimhäute, besonders der Ohrtrompete. Die mögliche Coexistenz von adenoiden Vegetationen muss in Betracht gezogen werden. Meist müssen dann die Tonsillen zuerst entfernt werden.

Stark vorstehende Tonsillen operirt Verf. mit dem von Mackenzie modificirten Physick'schen Tonsillotom, besonders bei Patienten unter 20 Jahren, älteren lässt er die Wahl zwischen diesem und der galvanocaustischen Stichelung; hinter dem Arcus verborgene Tonsillen operirt er immer nach letzterer Methode. Beim Schneiden hatte er 2 Fälle von schwerer Blutung.

Unter anderen Fällen beschreibt er dann noch einen ziemlich unklaren Fall von Laryngorrhoe; ferner Eversion des Morgagni'schen Ventrikels; 8 Fälle von Lähmungen der oder eines Abductors, Gummigeschwülste der Trachea.

Eine besondere Empfehlung des Werkchens ist bei dem Autor nicht nothwendig. Dr. M. S.

Einige Vorrichtungen für Kehlkopfkrankenbehandlung. Von A. Jacobson. (Arzt, 1884.)

1) Vereinfachter desinficirender Respirator.

Ein grosser gläserner Trichter wird perpendiculär zur Achse durch ein Drahtnetz abgetheilt; das letztere wird in loco mittelst eines durch den Hals des Trichters gehenden und an einem Stift befestigten Draht gehalten. Das Netz hält die Watte und kann durch einen hölzernen Querbalken in Kreuzesform ersetzt werden. Vorzüge: Billigkeit, Einfachheit der Vorrichtung und ideale Reinlichkeit.

Eug. Stepanow (Moskau).

Inhalt.

I. Originalien: Hopman: Ueber Nasenpolypen. — Ziem: Ueber Rosenschnupfen. — Keller: Ruptur beider Trommelfelle und doppelseitige Labyrintherschütterung. — Herzog: Das Cocain bei Nasen- und Halskrankheiten. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Politzer: Ueber den Rinne'schen Versuch. Bezold: Ueber das Verhalten der Luft- und Knochenleitung beim Rinne'schen Versuch. — Kirchner: Zur Pathologie der Furunkeln des äusseren Gehörganges. — Gellé: Ueber den Werth des Gellé'schen Versuchs. — Garrigou-Désarènes: Schussverletzung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgang aus. — Boucheron: Ueber Taubstummheit durch Otopiesis oder Ohrdruck. — Schubert: Bericht über das erste Lustrum ohrenärztlicher Thätigkeit. — Trückenbrod: Der Waldwollenverband. — b) Rhino-pharyngo-laryngologische: Bernhardt: Ueber die Beziehungen des Kniephänomens zur Diphtherie und deren Nachkrankheiten. — Simanowsky: Zur Lehre über Innervation des Larynx. — Gleitsmann: Ueber Larynxblutungen. — Fischer: Zur doppelseitigen myopathischen Paralyse der Glottis-Erweiterer. — French: Eine verbesserte Methode zum Photographiren des Larynx. — Semon: Electrische Beleuchtung der verschiedenen Körperhöhlen, Faradisation, Galvanocaustik und Electrolysis mittelst Taschenaccumulatoren. — Lane: Brüche des Zungenbeins und des Kehlkopfes — Bride: Seltener Fall von Larynxneurose. — Koch: Erkrankung der Larynxknorpel während der Reconvalescenz von Typhus; consecutive Larynxerkrankung; nach 9 Jahren Tracheotomie; Heilung. — Semon: Die Abtheilung für Halskranke vom St. Thomas-Hospital 1883. — Jacobson: Einige Vorrichtungen für Kehlkopfkrankenbehandlung.

Beiträge oder Referate beliebe man an Herrn Prof. Dr. Weber-Liel in Jena einzusenden; ebenso alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive, Separat-Abdrücke und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan, Berlin S. W., Alte Jacobstr. 6.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Burow** (Königsberg i. Pr.), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hach** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), DocentDr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart).

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität, Ohrenarzt d. Allg. Krankenhauses in **Wien**

Dr. J. M. ROSSBACH
o. ö. Prof. d. spec Pathol. u. Therap. u. Vorstand der medicin. Klinik an der Universität in **Jena**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in **München**

Dr. L. v. SCHRÖTTER
Prof. u. Vorstand d. Klinik für Halskrankh. an der Universität in **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität in **Breslau**

Dr. WEBER-LIEL
Prof. f. Ohrenheilk. u. Vorstand d. Ohrenklinik an der Universität in **Jena**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XIX. **Berlin, Juli 1885.** **No. 7.**

I. Originalien.

Zur Statistik der Erkrankungen des Hörorgans in Folge von Lungentuberculose.

Von

Dr. **W. Moldenhauer,** Docenten in Leipzig.

In der letzten Zeit ist viel von dem Einfluss die Rede gewesen, den Lungentuberculose auf das Hörorgan speciell zunächst auf das Mittelohr auszuüben vermag.

Von verschiedenen Seiten, Eschle, Voltolini, Nathan, ist das Vorkommen von specifischen Bacillen in dem aus dem Mittelohr bei Tuberculösen oder der Tuberculose verdächtigen Kranken entnommenen Eiter nachgewiesen worden. Wenn nun auch uns Ohrenärzten längst eine Form von Entzündung des Mittelohrs bekannt ist, welche in ihrem Auftreten und weiteren Verlaufe solche Eigenthümlichkeiten zeigt, dass sie den Verdacht einer Allgemeinerkrankung, speciell der Lungentuberculose nahe legt, so ist doch durch den Nachweis des Bacillus die Diagnose und Prognose auf festere Basis gestellt und die tuberculöse Otitis media von einer zufällig einen Tuberculösen befallenden gewöhnlichen Otitis media sicherer zu unterscheiden.

Selbstverständlich kann bacillenhaltiger Eiter nur von einer Schleim-

haut geliefert werden, in der sich der Tuberkelbacillus auf noch unbekannte Weise eingenistet hat und weitergewuchert ist. Hiervon ist denn auch der anatomische Nachweis neuerdings von Habermann[1]) geliefert worden, der sowohl Tuberkel als Bacillen in der Schleimhaut auffinden konnte.

Die Wichtigkeit eines derartigen diagnostischen Behelfs steht natürlich in directem Verhältnisse zur Häufigkeit der möglichen Verwerthung, in unserem Falle, zu der Höhe des Procentsatzes der tuberculösen Mittelohrentzündungen.

Hierüber ist uns freilich bisher wenig bekannt geworden und kann durch Beobachtungen in der ohrenärztlichen Praxis diese Fage überhaupt nicht entschieden werden.

Einige Anhaltspunkte geben uns die Untersuchungen von E. Fränkel[2]), welcher bei 50 Sectionen an Phthisikern 16 Mal ein Ergriffensein des Hörorgans constatiren konnte. Es handelte sich 5 Mal um sclerosirenden Catarrh, 7 Mal um rein schleimige, 1 Mal um schleimig-eitrige Mittelohrentzündung und nur in 3 Fällen um eine tiefere eitrige Entzündung, bei der ein Zusammenhang mit dem Grundleiden nahe lag.

Um dieser Frage nun noch etwas näher zu kommen, erbat ich mir von Herrn Professor Wagner die Protocolle über die innerhalb eines Jahres in die hiesige medicinische Clinik aufgenommenen erwachsenen Phthisiker. Die Kinder schloss ich absichtlich aus, weil hier die Frage weit schwieriger und complicirter ist. Im Ganzen umfasste der Jahrgang 294 Fälle von deutlich nachweisbarer Phthise und fanden sich bei 28 Kranken Notizen über Herabsetzung der Hörfähigkeit eines oder beider Ohren, mit oder ohne eitrigen Ausfluss.

Ich erwähne nur ganz kurz diejenigen Fälle, in denen mit einiger Wahrscheinlichkeit auf tuberculöse Otitis geschlossen werden kann.

1) Bei der Aufnahme am 28. Juli 1883 ist angegeben: Höhere Sinne normal. Am 12. December 1883: Eitrige Secretion aus dem rechten Ohre. Am 29. 12. Tod an doppelseitiger Lungenschwindsucht.

2) Seit 6 Jahren Husten mit Auswurf, der öfters blutig, Kurzathmigkeit. Seit dieser Zeit auch Ausfluss aus beiden Ohren mit hochgradiger Schwerhörigkeit. Rechts grosser Defect im Trommelfell, links kleinere Perforation. Diagnose: Phthis. pulm. utr.

3) Patient seit 1½ Jahren schwerhörig, eitriger Ausfluss. Phthis. pulm. utr.

4) Seit 1 Jahr Husten, eben so lange schwerhörig rechts mit eitrigem Ausfluss. Grosse Perforation. Phthis. pulm.

5) Aufnahme 24. 7. 83. Am 8. 11. 83 Schmerzen und Schwerhörigkeit links. Gehörgang und Trommelfell stark geröthet. Tod 30. 11. 83. Phthis. pulm. utr.

6) Aufnahme 9. 6. 82. 24. 6. 82: seit einigen Tagen Stechen und Brennen im linken Ohre, Trommelfell stark geröthet, aufgelockert, später eitriger Ausfluss. Phthis. pulm. utr.

7) Beiderseits viel intensiv stinkender Eiter, Caries des Felsenbeins. Im Ohreiter keine Bacillen. Phthis. pulm. utr.

---

[1]) Habermann: Prager med. Wochenschrift No. 6, 1885.
[2]) E. Fränkel: Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. 10.

Es fanden sich also unter 294 Phthisikern 7 Fälle von Ohreneiterung, d. h. 2,4 pCt., die möglicherweise unter dem Einflusse der Allgemeinerkrankung entstanden sein konnten. Bei drei Kranken (1., 5., 6.) begann die Ohrenerkrankung während ihres Aufenthaltes im Krankenhause unter Umständen, wo Schädlichkeiten, die sonst Mittelohrentzündungen zur Folge haben, ausgeschlossen sind und zwar zu einer Zeit, wo schon sehr deutliche Zeichen der Lungentuberculose vorhanden waren, bei zwei Kranken sogar erst kurz vor dem Tode.

Für weitere drei Fälle (2., 3., 4.) kann man wohl mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen, dass die Ohrenaffection erst zu einer Zeit entstanden sei, wo schon Zeichen einer Lungenerkrankung vorhanden waren. In dem letzten Falle (7.) bleibt die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass umgekehrt die Lungen von dem in seiner Knochenwandung erkrankten Mittelohre inficirt worden seien.

Ich bin mir wohl bewusst, dass wir auf diesem Wege keine sicheren Zahlen bezüglich der Betheiligung des Mittelohres bei Lungentuberculose erhalten haben, da ja bei einem so schweren Leiden auf die Erkrankung von Nebenorganen weniger geachtet wird, immerhin muss es jedoch auffallen, dass bei einem so grossen Bestand von Phthisikern in den verschiedensten Stadien der Erkrankung, wie er in der hiesigen medicinischen Clinik zur Beobachtung gelangt, doch recht selten spontane Ohren-Entzündungen mit nachfolgender Eiterung auftreten, die bei Ausschluss anderer Schädlichkeiten auf das Allgemeinleiden zu beziehen wären. Bei der Sorgfältigkeit der Beobachtung in einer Universitätsclinik könnte eine bei einem Phthisiker entstandene intercurrente Otitis media nicht leicht unbemerkt bleiben.

Sehr auffallend ist, im Hinblick auf die geringe Zahl der Erkrankungen des Hörorgans, der hohe Procentsatz von Larynxaffectionen bei demselben Krankenmaterial. Von den 294 Kranken zeigten nämlich 85, also 29 pCt., Zeichen einer Larynxerkrankung, und konnte bei 77 Kranken, also circa 26 pCt., die tuberculöse Natur dieser Affection angenommen werden.

Mehrjährige narbige Verwachsung eines Ohreinganges bei bestehender Otitis media suppurativa chronica.

Von

Dr. **Mandelstamm** (Kiew, Russland).

Am 2. Juni 1884 stellte sich mir in meiner Sprechstunde ein Pat. B., Cantor aus Berdytschew, vor, mit der Angabe, es sei ihm vor vier Jahren der rechte Ohreingang zugewachsen. Da ihn dieser Umstand im Verlaufe der ganzen angegebenen Zeit nicht im Geringsten incommodirte, so hielt er es auch nicht für nöthig, in dieser Angelegenheit einen Arzt zu consultiren. Doch begann er plötzlich im Verlaufe der letzten Monate häufige und sehr lästige Kopfschmerzen (namentlich in der rechten Kopfhälfte) zu verspüren und dies veranlasste ihn, meine Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ich nahm nun die Besichtigung des rechten Ohres vor und fand in der That eine complete narbige Verwachsung des Ohreinganges, die den freien Rand des Tragus vollständig in ihre Substanz

mit hineingezogen hatte, so dass derselbe keineswegs durchzufühlen war. Das Narbengewebe war ein wenig nach aussen hervorgestülpt, und bei Betastung desselben war eine deutliche Fluctuation hindurchzufühlen. Auf mein Befragen, ob und wie lange das Ohr vor der Verwachsung eiterte, wusste mir Pat. keine genaue Auskunft zu geben. Angesichts der Fluctuation schritt ich nun zur Probepunction mittelst Troicart, wobei tropfenweise eine dünne, trübe, gelblich grüne, mit krümeligen weissen Massen untermischte Flüssigkeit sich aus dem Einstiche zu entleeren begann. Ich schritt nun sofort zur Aufschlitzung des Narbengewebes und machte in der Mitte desselben einen recht ausgiebigen Schnitt von oben nach unten, wobei ich das Gefühl hatte, mit dem Messer in eine recht geräumige Höhle hineingerathen zu sein. Es drang nun aus der angelegten Oeffnung, namentlich bei Druck auf den Tragus, eine recht beträchtliche Menge oben beschriebener Flüssigkeit hervor (aus Mangel an Zeit verabsäumte ich leider die Quantität derselben zu messen) und recht viel wurde noch nachträglich mit der Spritze entfernt. Als ich nun nach derartiger Reinigung der Höhle einen Ohrtrichter in die gemachte Oeffnung einführte, fand ich den Gehörgang namentlich im vorderen Abschnitte auffallend stark erweitert, besonders die Vertiefung hinter dem Tragus beträchtlich und sackförmig ausgebuchtet; den Wänden des Gehörganges bis zum Trommelfell hin und auch dem letzteren hafteten locker grosse Epithelialschwarten an und nachdem ich dieselben mittelst Pincette und Sonde gründlich entfernt hatte, ergab sich Folgendes: Die Gehörgangswände im Ganzen intact und nur in der Epidermisschicht stark macerirt; in Folge dessen succulent, roth, stellenweise excoriirt, das Trommelfell in ganz ähnlichem Zustande und im hinteren unteren Quadranten perforirt; an den Rändern der, übrigens nicht bedeutenden, Perforation ist eingedickter Eiter zu sehen. Sofort, nachdem das Ohr gereinigt war, machte ich dem Pat. eine Politzer'sche Lufteintreibung, und während er früher nicht im Stande war, dicht am rechten Ohre geschrieene Worte zu unterscheiden, konnte er nun mittelstarke Sprache auf $1^1/_2$ Schritt hören. Ich proponirte nun Pat. eine längere Behandlung, doch rief ihn damals sein Beruf eilig nach Berdytschew zurück, und so musste ich ihn auf seine dringende Bitte hin entlassen. Ich führte ihm aber vor seiner Abreise in die künstlich angelegte Oeffnung ein kurzes dickes Hörrohr aus Neusilber ein, um einer etwaigen Verwachsung der Schnittränder vorzubeugen, und rieth dem Kranken, dieses Röhrchen längere Zeit zu tragen, bis gar keine Tendenz zum Verwachsen der Schnittränder zu beobachten sein werde. Ausserdem verordnete ich Spülungen des Ohres mit Borsäurelösungen und rieth ihm, eine geraume Zeit hindurch mehrere Mal täglich Tampons aus carbolisirtem Mull tief in den Gehörgang einzuführen.

In den ersten Tagen dieses Monats, also ein Jahr, nachdem Pat. sich von mir verabschiedet hatte, meldete er sich wieder in meiner Ambulanz, um mir seinen Dank auszusprechen, und da fand ich nun zu meiner grossen Freude die von mir angelegte Ohröffnung recht gut erhalten und sogar um ein Weniges weiter als den Ohreingang der linken Seite, die Schnittränder der Oeffnung vernarbt, den Gehörgang vollkommen normal, das Trommelfell, wenn auch etwas glanzlos und an seinem unteren Abschnitte ein wenig hypertrophisch und getrübt, so

doch im Uebrigen ebenfalls recht gut erhalten, selbst von irgend einer Narbe keine Spur; nur lässt sich eine recht starke Einwärtsziehung des Trommelfells constatiren und ist der Lichtreflex nur in seiner oberen Hälfte sichtbar. Gehör an diesem Ohre für mittelstarke Sprache sechs Schritt. Die Metallcanüle trägt Pat. schon seit längerer Zeit nicht mehr und fühlt sich im Ganzen recht wohl.

Das Interessante in diesem Falle ist also erstens, dass Pat. eine so geraume Zeit sich mit der Eiterretention im Gehörgange und zum Theil auch im Mittelohr umher trug, ohne dabei auch nur die geringsten Beschwerden zu verspüren. Wollten wir auch annehmen, dass die vom Pat. für das Bestehen der Verwachsung angegebene Zeitdauer (4 Jahre) etwas zu hoch gegriffen worden sei, so müssten wir doch aus der oben beschriebenen enormen Erweiterung des Gehörgangs und aus der beträchtlichen Quantität des dünnflüssigen, mit käsigen Bröckeln untermischten Eiters, der sich hinter der Verwachsung angestaut hatte, schliessen, dass letztere in der That eine recht geraume Zeit, wenigstens länger als ein Jahr bis zur Stunde, wo er sich mir vorstellte, existirt haben musste. Und trotzdem waren bei ihm weder Temperaturveränderungen, noch sonstige Symptome einer etwaigen Eiterresorption zu constatiren. Das Einzige, was ihn veranlasste, ärztliche Hilfe aufzusuchen, waren eben, wie gesagt, nur Kopfschmerzen.

Ferner ist in diesem Falle der Ort beachtenswerth, an welchem eine narbige Verwachsung zu Stande kam. Während, wie bekannt, die bei Mittelohreiterungen sich einstellenden Narbenstränge und Stricturen gewöhnlich im Inneren des Gehörganges localisirt sind, bildete sich in diesem Falle eine narbige Verwachsung unmittelbar am Ohreingange aus — jedenfalls ein recht seltenes Vorkommniss. Welcher Umstand die Entstehung einer Narbe gerade an dieser Stelle veranlasst haben mochte — darüber kann ich nichts Genaueres angeben.

Endlich ist der therapeutische Effect in diesem Falle bemerkenswerth. Es wurde die Sistirung einer Eiterung erzielt, die, wie wohl zu vermuthen, eine recht lange Zeit unter den oben angegebenen, höchst ungünstigen Verhältnissen existirte, es kam zur spurlosen Verheilung der Trommelfellperforation und es stellte sich ein verhältnissmässig recht gutes Gehör ein — was Alles wohl als ein recht befriedigendes therapeutisches Resultat bezeichnet werden kann.

Oleum Terebinthinae gegen Fliegenlarven im Ohre.

Von

Dr. **Koehler** (Posen).

Da die Zeit herangerückt ist, in welcher die Fälle von lebenden Maden im Ohre häufiger zur Behandlung kommen, möchte ich auf ein Mittel zu deren Vertilgung aufmerksam machen, welches ich seit 6 Jahren mit bestem und promptem Erfolge anwende. Wie gegen alle Fremdkörper im äusseren Gehörgange, so auch gegen die Fliegenlarven werden meistens Einspritzungen mit lauem Wasser gemacht. Dass aber dadurch die Maden nicht herauszutreiben sind, ist wohl bekannt; sie ziehen sich zurück und auf dem Trommelfell wühlend, rufen sie die grössten Schmerzen

hervor. Es bemerkt auch Schwartze in seinem Werke (Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten des Ohres etc.) mit Recht, dass sie sich mit ihrem Hakenapparat an die Wände des Gehörganges anheften. Auch das von Heine empfohlene Einträufeln von Oel vor dem Ausspritzen bringt nicht zum Ziel. Dem Tabaksrauch und Chloroform weichen die Larven nicht, werden dadurch nur zum grösseren Wühlen bewogen. Chloroform bringt sie in eine sehr lebhafte Bewegung, wodurch die stärksten Schmerzen hervorgerufen werden. Meine Versuche in dieser Hinsicht stimmen vollständig mit den Angaben von Garuco (Ref. in der Allgem. Med. Central-Zeitung No. 9, 1880) überein, welcher einige Tage gebrauchte, um alle Larven aus der Nasenhöhle unter Schmerzen herauszubefördern. v. Tröltsch in seinem Lehrbuche erinnert an den angeschnittenen Reinetteapfel Verduc's, der als Köder dienen soll, was ebenso komisch, wie das von der Schweiz her empfohlene Anlegen eines Stückes Käse an das Ohr. Es blieb nichts übrig, wie mit der Pincette auf der Lauer zu sitzen und jede Made, die wegen Luft nach aussen den Kopf streckt, zu fassen. Die Unruhe der Kinder, die ja fast durchweg die grösste Zahl dieser Zufälle bieten, lässt aber selten glücklich eine Larve fassen, deren gewöhnlich 8—12 vorhanden sind. Das wändeerschütternde Schreien des Kindes, die mühevolle Arbeit stimulirte nach dem Ausfinden eines Mittels, das prompt, schnell, aber auch für das Gehörorgan gefahrlos wirke. Dies Mittel fand ich im Terpentinöl. Man lagert das Kind auf die gesunde Seite und träufelt in das Ohr Terpentinöl bis zur Fülle ein. Das Kind bleibt so 5 Minuten liegen, wobei es sich bald beruhigt; spritzt man dann aus, so fallen sofort die todten Larven heraus.

Die Fliege legt ihre Eier meist nur an den Ohren nieder, wo entweder eine Otitis ext. oder aber eine media purulenta in flore ist, es wäre daher der Einwand möglich, ob Ol. Terebinthinae nicht in diesen Fällen schädlich ist. Meine Erfahrung geht dahin aus, dass man ohne Schaden dies Mittel anwenden darf, nie sah ich danach irgend welche Zufälle — die Ruhe des Kindes, die bald nach dem Einträufeln sich kundgiebt, zeigt auch an, dass es kein stechendes oder irgendwie unangenehmes Gefühl hervorruft.

Befindet sich eine lebende Fliege, ein Floh oder d. g. im äusseren Gehörgange, so kann man sie sehr schnell durch Alcohol tödten.

Ein neues Instrument für Operationen im Kehlkopfe bei Rückwärtsneigung des Kehldeckels.

Von

Prof. Dr. **Voltolini.**

Seit Erfindung der Laryngoscopie ist die Rückwärtsneigung des Kehldeckels, namentlich die sehr starke, die crux specialistarum (sit venia verbo!) nicht blos gewesen, sondern sie ist es auch heute noch. Czermak sagt in seinem grundlegenden Buche, „Der Kehlkopfspiegel" (1. Aufl., Leipzig 1860, S. 65) bei Untersuchung eines Krankheitsfalles: „meine ersten Versuche, in den Larynx vermittelst des Spiegels hineinzusehen, misslangen, theils, weil die Stellung des Kehldeckels den Ein-

blick hinderte ....“ Türck (Clinik der Krankheiten des Kehlkopfes. Wien 1866, S. 72) sagt: „Es leuchtet ein, dass durch das geschilderte Verhalten (Rückwärtsneigung, Maultrommelform, Schwellung) des Kehldeckels die Einsicht in die tieferen Kehlkopfpartien beschränkt oder unmöglich gemacht werden kann.“ Victor v. Bruns (Die Laryngoscopie und laryngosc. Chirurgie. Tübingen 1865, S. 46) sagt: „Nach der Zunge ist es der Kehldeckel, welcher der allseitigen Erforschung der Kehlkopfshöhle die grösste Schwierigkeit entgegensetzt und zwar zunächst durch die Stellung seiner oberen freien Parthie, welche, jemehr sie mit ihrem oberen Rande nach hinten zurückgelegt ist und ihre vordere Fläche in dem Spiegel erblicken lässt, desto mehr den Kehlkopfseingang bedeckt und dem Gesichte entzieht.“ Bekannt ist ferner, dass nach gemachter Tracheotomie der Kehldeckel regelmässig nach hinten sinkt und den Einblick in den Kehlkopf erschwert oder unmöglich macht; dies ist sowohl bei Kindern als Erwachsenen der Fall.

Handelt es sich bei diesem Verhalten des Kehldeckels nur um eine Untersuchung des Kehlkopfes, so gelangt man in den meisten Fällen noch durch physiologische Manöver wenigstens so weit zum Ziele, dass man einen flüchtigen Einblick in das Innere bekommt. Diese physiologischen Manöver sind: den Patienten hohe Töne intoniren zu lassen oder den Buchstaben i. Zwar kann man bei offenem Munde kein richtiges i herausbringen, aber es kommt nur auf die Intention des Pat. an, diesen Buchstaben sprechen zu wollen, so hebt sich schon der Kehldeckel. Oder man lässt den Patienten eine krähende Inspiration machen, das sogenannte Eselsgeschrei, oder lachen, das „teuflische Hohngelächter“ vollführen, wie sich Semeleder ausdrückt. Es giebt nun aber Kehldeckel, bei denen alle diese Manöver nichts helfen, weil derselbe ganz starr und unbeweglich ist. Manchmal gelangt man dann noch zum Ziele, d. h. einen Einblick in den Larynx zu erlangen, wenn man den Pat. ganz tief sitzen lässt und der Arzt vor ihm steht, so dass man aus der Vogelperspective laryngoscopirt. Diese Stellung eignet sich besonders bei hochstehender Sonne, deren Strahlen man direct in den Hals des Pat. fallen lässt; stände die Sonne tief oder kann man sie nicht direct verwerthen, so muss man sie durch einen recht hoch stehenden Planspiegel am Fenster auffangen und von diesem nach der Erde, d. i. in den Hals des Kranken reflectiren (cfr. meine „Galvanocaustik“, 2. Aufl., 1871, S. 86 und meine „Rhinoscopie“, 2. Aufl., 1879, S. 28). Würden nun aber alle angeführten Manipulationen nicht zum Ziele führen, so bleibt nichts Anderes übrig, als durch mechanische Hilfsmittel den Kehldeckel zu heben.

Bereits im Jahre 1862 in No. 11 der Preuss. Medicinal-Zeitung vom 12. März habe ich zu dem genannten Zwecke meine Kehldeckelsonde, Kehldeckelstäbchen beschrieben und abgebildet. Dieses Stäbchen hat allen späteren ähnlichen Instrumenten zum Modell gedient, wenn auch dabei mein Name nicht immer genannt wurde. Es ist später von mir nochmals abgebildet worden in der I. Auflage meiner „Galvanocaustik“ 1867 und in der II. Aufl. 1871. Es ist das Instrument eine Kehlkopfsonde mit Gummi überzogen, damit durch den Metallcontact der Kehldeckel nicht gereizt werde. Semeleder (Die Laryngoscopie. Wien 1863, S. 5, 18, 20) sagt von diesem Instrumente: „Von den verschiedenen vorgeschla-

genen Auskunftsmitteln giebt das von Voltolini angegebene gekrümmte Stäbchen zum Hinabdrängen des Kehldeckels bei geringer Belästigung der Kranken noch den besten Erfolg.“ Türck (l. c., S. 72) führt an (1866): „Ferner ... habe ich bemerkt, dass, wenn ich den stark nach rückwärts geneigten Rand des Kehldeckels durch ein catheterähnlich gekrümmtes Instrument nach aufwärts hob ...“ v. Bruns (l. c., S. 48) sagt (1865): „Für die meisten Fälle und namentlich, wenn es sich nur um den Einblick, nicht um die Einführung von Instrumenten in die Kehlkopfshöhle handelt, genügt die Kehlkopfsonde.“ Bei Maultrommelform des Kehldeckels habe ich statt der Sonde die Kehldeckelkrücke empfohlen, um denselben in seiner ganzen Breite fassen zu können und nach vorn resp. oben zu drängen. Viele Patienten vertrugen gleich das erste Mal das Stäbchen, bei Anderen war eine gewisse Einübung nöthig, bei der Krücke fast immer, die allerdings jetzt bei Anwendung des Cocain wegfallen würde.

Wenn wir sonach jetzt bei einer blossen Untersuchung wohl stets zum Ziele gelangen können, so steht doch die Sache bei einer Operation im Innern des Kehlkopfes anders. Bei der blossen Untersuchung führt man mit einer Hand den Spiegel, mit der anderen das Kehldeckelstäbchen — aber wie bei einer Operation? Hier muss man doch eine Hand frei behalten zur Führung des Operations-Instrumentes. Für solche Fälle waren nun wieder die verschiedensten Instrumente empfohlen worden.

v. Bruns construirte seine Kehldeckelpincette (l. c. S. 49), die mit einem sehr feinen spitzen Haken versehen, den Kehldeckel anhakt und dann von einem Gehilfen oder dem Patienten gehalten wird. Wenn der Schmerz dabei auch unbedeutend ist, so begegnete es mir doch bei derselben (direct von Tübingen bezogenen Pincette), dass ich den Haken nicht gleich vom Kehldeckel los machen konnte und Pat. in grosse Angst gerieth. Schrötter sah bedenkliches Glottisoedem entstehen. Wenn aber Alles dieses auch nicht passirt, so tritt doch stets ein Uebelstand ein, der sehr hinderlich ist, den ich selbst erlebt habe und auf den von Bruns auch selbst aufmerksam macht. Er sagt (l. c. S. 50): „dagegen bewirkt dasselbe immer eine beträchtliche Vermehrung der Absonderung von zähem Schleim in der ganzen hinteren Parthie der Mundhöhle und des Racheneinganges, welcher Schleim, an der hinteren Oberfläche des Kehldeckels oder in den Schlundfurchen abwärts fliessend, den Kranken vielfach zu Husten-, Schling- und Würgebewegungen reizt.“ Man sieht also, eine sehr störende Einwirkung, weil man genöthigt wird, die Pincette wieder abzunehmen, den Pat. gurgeln zu lassen oder von einem Gehilfen den Schleim immer wieder mittelst eines Schwammes fortwischen zu lassen — Manipulationen, welche die Operation sehr erschweren und complicirt machen.

Türck (l. c. S. 551) hat Folgendes vorgeschlagen: „Ich habe zu demselben Zwecke zwei Vorrichtungen angegeben. Durch die eine (Fig. 223) wird ein mit einem Faden versehenes Häkchen in den Kehldeckel eingehakt und sodann mittelst des aus der Mundhöhle nach aussen laufenden Fadens vorgezogen und fixirt. Bei der zweiten (Fig. 224 u. 225) wird ein Faden durch eine am Rande des Kehldeckels angebrachte Stichwunde durchgezogen und an ihm allein dann der Kehldeckel aufgezogen.“ Wenn man mit den Instrumenten von v. Bruns und Türck

in einer Sitzung die Operation beenden könnte, so wären die Uebelstände der Instrumente nicht zu theuer erkauft, wenn aber die Operation viele Sitzungen erfordert und man soll jedesmal in den Kehldeckel einen Haken einschlagen oder einen Faden einziehen (der unter Umständen, wie Türck selbst sagt, l. c. S. 555, „ein Ausreissen" ermöglicht), so ist dies doch sehr fatal. Ausserdem sagt Türck sogar noch Folgendes (l. c. S. 555): „Bei stark nach rückwärts geneigtem Kehldeckel dürfte das Erfassen und Hindurchziehen der Nadel mit der Pincette einige Schwierigkeiten haben."

Diesen genannten Instrumenten von v. Bruns und Türck habe ich daher niemals Geschmack abgewinnen können und deshalb schon seit langer Zeit auf einfachere Hilfsmittel gesonnen; habe dann auch mein Kehldeckelstäbchen zu dem genannten Zwecke wiederholt mit völligem Erfolge bei Operationen benutzt, indem ich das Instrument so lang construirte, dass es sich der Patient selbst halten konnte, und da wir jetzt in dem Cocain ein treffliches anästhesirendes Mittel besitzen, so habe ich das Instrument mit grosser Leichtigkeit anlegen können und selbst bei Maultrommelform des Kehldeckels Erfolg gesehen (cfr. meine Galvanocaustik, II. Aufl., 1871, Taf. I und II, Fig. 6 und 3 etc.). So leicht sich aber auch das Instrument anlegen lässt, so schwer ist es bei Operationen in der richtigen Position zu erhalten, weil es der Operateur nicht selbst halten kann, sondern dies ein Gehilfe oder der Patient machen muss — bei der geringsten Bewegung aber das Instrument an dem glatten Kehldeckel zur Seite weicht. Der Gehilfe und der Patient können nämlich das Instrument an der Stelle im Kehlkopf nicht sehen, sondern halten es nur blindlings fest und dabei begegnet es natürlich sehr leicht, dass die Hand, welche das Instrument hält, sich etwas bewegt, das Instrument zur Seite rutscht und der Kehldeckel wieder zurücksinkt. Aus den angeführten Gründen habe ich schon lange daran gedacht, ob man nicht noch auf eine einfachere Weise der Rückwärtsneigung des Kehldeckels bei Operationen begegnen könnte. Würde man einen Speiler oder einen Keil zwischen hinterer Pharynxwand und dem Kehldeckel anbringen können, so würden diese Instrumente allerdings den Kehldeckel heben und von der hinteren Pharynxwand entfernen. Und so dachte ich, könne man diesen Keil gleich an das Operationsinstrument selbst anbringen. Ich machte mir daher von Guttapercha, welches durch heisses Wasser knetbar zubereitet wurde, eine Art Schiene, welche ich an einen Galvanocauter in der Art anklebte, dass sie keilförmig von der Spitze des Cauter nach rückwärts verlief, ähnlich wie Fig. 1 a zeigt. In einem sehr schwierigen Falle mit starker Rückwärtsneigung des Kehldeckels hatte mich die Noth zu dieser Erfindung gebracht. Nachdem ich allerdings den Patienten erst darauf hatte einüben müssen, reussirte ich denn auch mit trefflichem Erfolge und konnte den Polyp im Larynx zerstören. Dies geschah schon vor vielen Jahren, und obgleich ich seit jener Zeit wiederholt das Instrument versuchte, so scheiterten doch die Versuche an der Reizbarkeit des Kehldeckels, denn das Instrument muss an der Rückenfläche desselben, indem es immer tiefer nach dem Larynx eindringt, abwärts gleiten, und da es wie ein Keil wirkt, den Kehldeckel immer mehr heben, je tiefer es dringt.

Seitdem wir da nun das Cocain besitzen, ist aber die Sache anders

geworden; dies bewährt sich in den bezeichneten Fällen vortrefflich: Der Kehldeckel wird unempfindlich und man kann nun mit dem genannten Instrument mit aller Leichtigkeit an der Rückenfläche des Kehldeckels abwärts gleiten. Hat man erst die Spitze des Instrumentes hinter den Kehldeckel gebracht, so hat man gar nicht mehr nöthig, sich um diesen weiter zu bekümmern, sondern man dringt einfach auf das Neoplasma los, welches immer mehr in Sicht kommt, je tiefer man mit dem Instrument vorwärts dringt, weil nun immer mehr der Kehldeckel durch den Keil gehoben wird.

Ich habe jetzt dem Instrumente eine verbesserte Construction gegeben: statt Guttapercha habe ich eine dünne Platte von Neusilber (Fig. 1 a) an den Galvanocauter anlöthen lassen.

Figur 1.

Fig. 2.

Die Figuren zeigen das Instrument in circa $^2/_3$ natürlicher Grösse: a ist die Neusilberplatte, welche an ihrem unteren Rande selbstverständlich gut geglättet ist, so dass diese stumpfe Kante mit aller Leichtigkeit am Kehldeckel abwärts gleitet. Ich habe Neusilber zur Platte gewählt und recht blank poliren lassen, damit es zugleich gut das Licht reflectirt und deutlich gesehen wird. Wer mit der rechten Hand operirt, thut gut, die Platinspitze b des Instrumentes etwas nach links hinüber zu biegen, damit man diese beim Vorwärtsdringen in den Larynx nicht aus dem Auge verliere wegen der perspectivischen Verkürzung, unter welcher alsdann das Instrument erscheint. Also: nach links hinüberbiegen, das Neoplasma möge rechts oder links im Larynx sitzen. Wer mit der linken Hand operirt, muss die Spitze nach rechts hinüberbiegen.

Man kann nun auch statt der Neusilberplatte einen blossen Draht anlöthen lassen, wie Fig. 2 c zeigt.

Unter Umständen wäre es nämlich vielleicht von Werth, gleichzeitig durch den Bügel c hindurch nach der Seite blicken zu können; durch die Platte aber wird die Seitengegend des Larynx verdeckt, durch den Draht nicht. In der Regel wird das aber nicht nöthig sein, da man ja nur die Spitze des Instrumentes in Wirksamkeit bringt und diese bei der Operation beachten muss.

Selbstverständlich kann man die genannte Platte a oder Draht c auch an jedes andere Instrument anlöthen lassen, sei es ein Messer, Zange oder dergl. und dadurch den Kehldeckel heben und gleichzeitig operiren.

Instrumentenmacher Brade in Breslau, Hummerei 31, verfertigt nach meiner Angabe die Instrumente.

Ich habe das Instrument auf das Trefflichste bewährt gefunden, sogar bei einem 14jährigen Mädchen mit starker Rückwärtsneigung des Kehldeckels und Papillome auf dem linken Stimmbande, die ich sämmtlich mit diesem Instrumente fortgebrannt habe (unter Anwendung von Cocain).

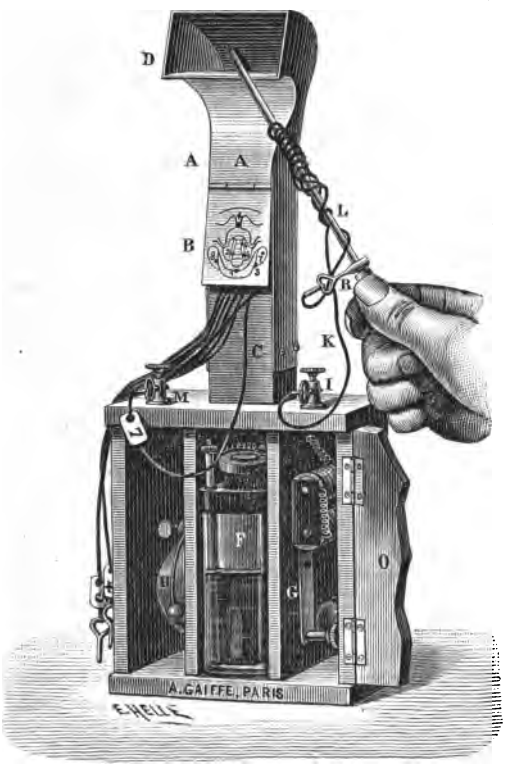
Und so glaube ich, dass mit diesem Instrumente eine neue Bahn gebrochen ist und einem Hinderniss begegnet wird, welches bisher die crux specialistarum war, indem man mit dem Instrumente gleichzeitig den Kehldeckel heben und operiren kann! Gegenwärtig habe ich keinen Patienten mit starker Rückwärtsneigung des Kehldeckels bei Maultrommelform. Ich behalte mir daher vor, weiter zu berichten, welche Modification das Instrument etwa für diese Fälle erleiden muss.

Laryngo-Phantom.

Von

Dr. **Baratoux** (Paris).

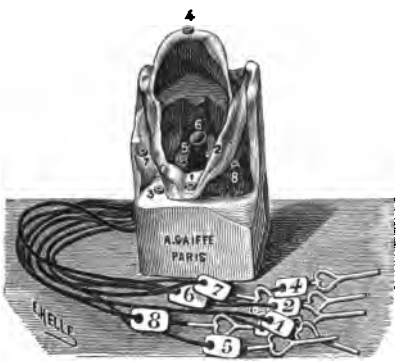
Dieser Apparat ist mir von dem Electro-Ingenieur Herrn Gaiffe in Paris construirt. Er hat zum Lehrzweck, daran die Einübung der dem Laryngologen nöthigen diagnostischen und therapeutischen instrumentellen Handhabungen zu ermöglichen: also das Passiren des buccopharyngealen Canales ohne Berührung der betreffenden Wandungen; die möglichst exacte Dirigirung eines Instrumentes zu einem voraus bestimmten Punkte; die Entfernung von Neubildungen oder von Fremdkörpern aus dem Larynx.



Figur 1.

Der Apparat besteht aus einem metallischen Canal, gleich dem des Dr. Labus in Mailand (cfr. Abbildung in Monatsschr. für Ohrenh. 1884, No. 6), und soll die menschliche Bucco-pharyngeal-Cavität repräsentiren. Dem untersten Theile desselben ist ein artificieller Larynx aus Gyps (Fig. 2), in seiner beim lebenden Menschen normalen Lage angefügt, wie dies auch bei dem Gaul'schen Phantom der Fall ist. Durch diesen Larynx laufen isolirte metallische Tuben, deren Ausläufer an der

Oberfläche des Larynx enden, während die untersten Enden vom vorderen Theil des Larynx ausgehen und durch Fäden fortgesetzt werden. An diesen Fäden ist eine Platte mit einer Nummer befestigt. Diesen Nummern entsprechen andere Nummern auf dem Larynx oder auf der Larynxbildung, welche auf dem Thürchen B gezeichnet ist. An den Enden der Tuben kann man kleine Kügelchen aus Wachs oder Metall fixiren, welche Geschwülste verschiedenster Form und Grösse vorstellen. Bei Fig. 2 ist eine solche an No. 6.



Figur 2.

Das Phantom ruht auf einem Stativ C, welches auf einem mit drei Abtheilungen versehenen Gehäuse sich erhebt. Die mittlere Abtheilung enthält zwei Elemente von Gaiffe (F), die linke ein electrisches Schlagwerk (H) und die rechte ein anderes Schlagwerk (Sonnerie) mit einer Schelle (G). Die electrische Säule hängt einerseits mit der Marke I zusammen, in welcher der Faden K von der metallischen Sonde L fixirt werden kann und andererseits mit zwei Fäden, wovon einer durch das Schlag(uhr)werk an die Marke M geht und der andere an den Tubus B durch die Schelle G.

Es begreift sich, dass wenn der eine Pol (der Hammer L) den anderen Pol (den Bucco-pharyngeal-Canal oder die Marke M, Schlagläutewerk) berührt, die Schelle oder die Sonnerie anfängt zu klingeln. Geschieht es, so ist es ein Zeichen, dass die Wände des Canals von dem sich Einübenden berührt worden sind.

Hat man an die Marke M einen der Fäden fixirt, z. B. den Faden 7 des artificiellen Larynx (es existiren deren 8) und berührt mit der Sonde L den Punkt auf dem Larynx, so wird das electrische Läutewerk ebenfalls in Bewegung gesetzt; man hat also den im voraus bestimmten Punkt berührt. Jeder Faden wirkt wie der Faden 7.

Zugleich und mit einander werden die Schelle und das Läutewerk klingen, wenn man die Wände sammt dem bestimmten Punkte berührt.

Zum Zweck der Beseitigung einer Geschwulst oder eines Fremdkörpers am Phantom benutzt man die gewöhnlichen Instrumente. Hat man ein solches mit dem Faden K verbunden, so erkennt man aus dem Anschlagen der Klingel, dass eine der Wände berührt worden ist. Ist einer der Fäden mit der Marke M, dessen laryngeales Ende eine metallische Geschwulst trägt, verbunden worden, so wird das Läutewerk gleicherweise angeben, dass das Instrument in der That nur diese Geschwulst gefasst habe.

Dieser einfache Apparat dürfte wohl für den laryngoscopischen Unterricht als ein nach vielfacher Richtung hin zweckdienlicher erscheinen.

Oedema glottidis. Pilocarpin subcutan. Heilung.

Von

Dr. **Woltering**, Münster i. W.

Schon vor mehreren Jahren wurde in der Fachpresse die subcutane Injection von Pilocarpin dringend empfohlen zur Lockerung von diphtheritischen und croupösen Exsudaten des Kehlkopfes. Später, mit dem Bekanntwerden der Terpentin-Behandlung scheint das Mittel wieder in Vergessenheit gerathen zu sein. Vielleicht hat man auch zu viel Scheu getragen, das differente Mittel in der Kinderpraxis subcutan in genügenden Gaben bei verzweifelten Fällen in Anwendung zu ziehen. Das Pilocarpin wirkt jedoch in so ausgezeichnet mächtiger Weise auf die Speichel- und Schleimdrüsen nicht nur der Mundhöhle, sondern auch des Schlundes, des Larynx, der Trachea und der Bronchien ein, dass höchstens ein kräftiges Brechmittel annähernd mit Pilocarpin concurriren kann, in Fällen, wo nicht geschluckt werden kann, also Apomorphin, subcutan.

Dass Pilocarpin bei solchen Gelegenheiten, wo stärkere entzündliche Schwellung des Schlundes und des Larynx besteht, in der That Ausgezeichnetes leistet, davon habe ich in den letzten 2 Jahren zwei Beweise gehabt, wovon ich den einen Fall genauer skizziren will*).

Eine Dame in den dreissiger Jahren hatte fast ein halbes Jahr lang an Furunculose des linken Gehörganges gelitten, weswegen wiederholte Incisionen erforderlich geworden waren. Ende März 1885 trat eine folliculäre Mandelentzündung hinzu. Als die Mandeln sich schon von den kleinen Pfröpfen wieder gereinigt hatten, bildete sich ein äusserst qualvoller Zustand aus. Das Schlucken wurde ganz unmöglich, Versuche dazu straften sich mit sehr heftigem Husten und Stickanfällen (Schlundlähmung). Das Athmen war erschwert, das Einathmungsgeräusch laut pfeifend wie beim Croup der Kinder. Die Dame brachte 3 Tage und 3 Nächte im Sessel sitzend zu, der Schleim und Speichel floss fortwährend aus dem Munde. Des Nachts traten heftige und qualvolle Stickanfälle auf auch ohne Schlucken. Da das Schlucken total unmöglich war, so bestand die Behandlung bis dahin in Inhalationen von Salmiak-Lösungen, Application einer Eisblase und, da das Eis nichts leistete, später von dieses Mal ebenso unwirksamen Breiumschlägen vor den Hals; es waren auch Blutegel gesetzt, es wurde mit Eiswasser gegurgelt, soweit dies möglich war. Gegen den fürchterlich quälenden Durst waren Behalteklystiere mit etwas Wein und Eigelbzusatz gegeben worden. Am Abend des 26. März wurde ich zur Consultation zugezogen. Mittelst Finger- und Spiegel-Untersuchung stellten wir fest: eine bedeutende wulstige, blassrothe Schwellung der aryepiglottischen Falten und der falschen Stimmbandgegend. Die wahren Stimmbänder kamen beim Anlauten von ä nur theilweise zu Gesicht. Die Stimme war nicht ganz heiser, das Phoniren aber recht erschwert. Die fortwährende Athem- und Schlucknoth hatte die Patientin fast zur Verzweiflung gebracht.

*) Dass auf Pilocarpin ein Glottisödem bei allgemeinem Nierenhydrops zurückging, erwähnt Gottstein. Von Pilocarpinwirkung bei entzündlichem Glottisödem fand ich in der Litteratur nichts.

Puls 116, Temperatur ca. 39° C. In Erinnerung an einen Fall im Jahre 1883, wo Pilocarpin bei einer Schlundentzündung und Schlucklähmung (Zurücklaufen der geschluckten Flüssigkeiten durch die Nase unter Stickanfällen) nach Diphtheritis sofort gebessert hatte nach vergeblicher Anwendung von Arg. nitr.-Pinselung, von Blutegeln und Breiumschlägen und Scarification der Mandeln, trat ich bei der Consultation für Pilocarpin ein. Wir liessen Aether mit Campher in Reserve halten gegen etwaigen Pilocarpincollaps und ausserdem Ungt. ciner. vor das Brustbein einreiben. Nöthigenfalls sollten auch nochmals Blutegel vor den Kehlkopf gesetzt werden. Im Stillen machten wir uns jedoch schon darauf gefasst, im Laufe der Nacht oder des folgenden Tages die Tracheotomie oder doch die Scarification der Wülste machen zu müssen.

Am anderen Morgen fanden wir jedoch ein gänzlich geändertes Bild vor. Es war zuerst 0,01 Pilocarpin eingespritzt, dann nach einer halben Stunde noch ca. 0,006. Schon während des Speichelns war Erleichterung im Halse eingetreten und während des Schweissstadiums konnte Patientin wieder schlucken, ohne einen Stickanfall zu bekommen. Sie hatte dann noch 0,01 Morph. subcutan erhalten und hatte mehrere Stunden ruhig schlafend im Bette zugebracht, zum ersten Male seit 3mal 24 Stunden. Der Puls hatte 96 Schläge. Mittags wurde wieder eine Tasse Fleischbrühe getrunken ohne nennenswerthe Beschwerde.

Bemerkenswerth ist noch der Umstand, dass am folgenden Abende schon eine Stomatitis mercurialis im Anzuge war, obschon nur 3mal 2 Gramm in den 24 Stunden zur Einreibung gekommen waren. Wahrscheinlich hatte das Pilocarpin eine Prädisposition für Mercureinwirkung geschaffen durch die mächtige Erregung der Gebilde der Mund- und Rachenhöhle.

Auf mich, auf den mitbehandelnden Herrn Collegen, der schon mehrere Tracheotomien wegen diphtheritischer Laryngostenose mit bestem Erfolge gemacht hat, auf die wachehaltende Schwester wie auf die Angehörigen der Kranken und gewiss nicht in letzter Linie auf die Kranke selbst hat die Pilocarpinwirkung in diesem Falle den günstigsten Eindruck gemacht. Das Mittel hat einen grösseren chirurgischen, in seinem Enderfolge, wie ich auch aus persönlicher Erfahrung weiss., mindestens zweifelhaften Eingriff, die Tracheotomie, überflüssig gemacht.

Das Pilocarpin sei deshalb der Prüfung am Krankenbette auch bei Oedema glottidis empfohlen. Zweckmässig würde es sein, wenn sich die Specialisten für Kinderkrankheiten auch mal äusserten darüber, wie viel man bei Kindern subcutan geben muss, um Speichel und Schweiss zu erzielen, und wie viel man geben darf, um keinen zu starken Pilocarpin-Collaps zu bekommen. 1884 trat bei einer erwachsenen Dame nach Einspritzung von 2mal 0,01 Pilocarpin innerhalb 20 Minuten so bedenkliche Herzschwäche auf, der Puls ging von 100 auf 52 herunter, setzte aus, die Pupillen wurden weit, dass nur sofortige Aether- mit Campher-Injection den bedrohten Lebensfaden noch zusammenhielt.

Im Uebrigen ist das Pilocarpin nach meinem persönlichen Eindruck bei schwerem Larynxödem den sonst ausser der Tracheotomie noch empfohlenen Mitteln, als Brechmitteln, kalten Begiessungen, Touchiren mit starken Höllensteinlösungen, Eis, Blutegeln, Scarification der Wülste, Aderlass, starkem Abführen entschieden vorzuziehen. In wie weit das

Mittel jedoch bei Glottisoedem in Folge von Geschwülsten, Knorpelentzündung, Abscessen oder Geschwüren in der Gegend der Glottis noch etwas leisten kann, müssen weitere therapeutische Versuche lehren.

Spasmus glottidis. — Reflexneurose.

Von

Dr. **E. Hofmann** (Zwickau i. S.).

Ein von Schlech in No. 1 dieser Monatsschrift beschriebener Fall von phonischem Stimmritzenkrampf giebt mir Veranlassung, über einen anderen Fall von Spasmus glottidis zu berichten, der anfänglich mehr respiratorischer, später auch phonischer Natur war, sich schliesslich als Reflexneurose erwies und mir besonders durch seine schnelle Heilung, trotz vorausgegangener langer Krankheitsdauer, bemerkenswerth zu sein scheint.

Wie bei Schech handelte es sich auch hier um einen Lehrer.

Herr Kirchschullehrer Möckel aus Rodersdorf bei Reuth, jetzt 57 Jahre alt, stellte sich mir am 20. August 1884 zum ersten Male vor und erzählte mit Flüsterstimme, dass er in letzter Zeit bei dem Versuche, mit lauter voller Brustst imme zu sprechen, vom heftigsten Stimmritzenkrampfe heimgesucht würde, so dass er schon mehrmals in ernster Lebensgefahr geschwebt habe. Seit dem Jahre 1853 als Lehrer thätig, erkrankte er, wie ich späterhin brieflich erfuhr, zum ersten Male schwer 1869 an einer Lungenentzündung, von welcher er sich aber gut wieder erholte; sonst hatte er bis auf seine jetzige Erkrankung während seiner Berufsthätigkeit als Lehrer keine ernstere körperliche Leiden überstehen müssen, kurz andauernde Heiserkeiten abgerechnet. An ausserordentlicher Anstrengung seiner Stimme hat es in seinem Amte auch nicht gefehlt. So musste er einmal 1½ Jahr lang während der Erkrankung des Geistlichen alle 14 Tage in zwei Kirchen Predigten vorlesen, eine Extraleistung, zu welcher er dann noch 11 Monate lang sich gezwungen sah, als im geistlichen Amte Vacanz eingetreten war. Ausserdem gehörte es mit zu seinem Berufe, in zwei Gemeinden alle Leichen, im Sommer wie im Winter, mit Gesang zum Grabe zu geleiten. Von seinem jetzigen Uebel wurde er zum ersten Male 1879 befallen. Als er von seiner eine Treppe höher gelegenen Wohnung herunterkommend in die Stube seines Collegen eintrat, vermochte er mit einem Male weder zu athmen, noch zu sprechen, sein Gesicht färbte sich blauroth, kalter Schweiss bedeckte seine Stirn, und er selbst wie seine Umgebung glaubte, er müsste ersticken. Nach dem Anfalle brauchte er längere Zeit, um sich vollständig wieder zu erholen. Die nächsten Unfälle dieser Art traten, vier an Zahl, erst im Jahre 1881 wieder auf, jedes Mal bei dem Versuche, Kaffee oder Thee zu trinken. Sodann häuften sich aber die Zufälle beim Trinken oder bei dem Versuche zu trinken, immer mehr, wiederholten sich später alle 4 Wochen und traten schliesslich auch in der Schule beim lauten Sprechen auf, so dass M. in der letzten Zeit alles laute Sprechen ganz vermeiden musste und den Unterricht nur in der Weise leiten konnte, dass er nur mit Flüsterstimme sprach, nur lesen, rechnen, schreiben liess und, nach seinen eigenen Worten, alles nur so machte, dass er eben nur da war.

Sechs Wochen hatte er einmal den Unterricht ganz aussetzen müssen, er führte denselben aber dann in der angedeuteten Weise wieder fort.

In ärztliche Behandlung hatte sich Patient wiederholt, aber ohne Erfolg, begeben, auch wurde ihm einmal der Kehlkopf ausgepinselt, was aber einen so heftigen Stimmritzenkrampf herbeiführte, dass mich M., in lebhafter Erinnerung an das Durchlebte, gleich von vornherein dringend bat, diesen gefährlichen Versuch ja nicht zu wiederholen. Schliesslich wurde ihm wegen dieser geringen Aussicht auf Erfolg ärztlicherseits gerathen, seinen Beruf als Lehrer ganz aufzugeben.

Als ich den Patient am 20. August 1884 zum ersten Male untersuchte, bemerkte ich in seinem Kehlkopfe, ausser einer geringen Röthung der Aryknorpel und einer mässigen Injection der Stimmbänder, wie man das bei Männern seines Berufes zu finden gewohnt ist, keinerlei Abnormitäten; dagegen liess mich eine Inspection der Nasengänge den Sitz des Leidens hier vermuthen. Die Schleimhaut an beiden Vorderenden der mittleren Nasenmuscheln zeigte sich, rechts im höheren Grade als links, kolbig hypertrophirt, von jedem Ende hing ausserdem ein kleiner Schleimhautlappen herab, der den Nasenraum ziemlich beschränkte und mich zum Entfernen förmlich einlud.

Meine Frage, ob er nicht Beschwerden seitens der Nase zu klagen habe, beantwortete M. dahin, dass er bei jedem Schnupfen vom heftigsten Nieskrampf befallen würde, so dass er, die Schulkinder in seiner Classe zählten genau nach, oft 20 bis 36 Mal hintereinander hätte niesen müssen. Weiter gab er an, dass er Morgens beim Erwachen einen äusserst ausgetrockneten Hals habe und nicht schnell genug warmen Kaffee oder Thee bekommen könnte.

Auf meine ausgesprochene Vermuthung hin, dass sich der Stimmritzenkrampf durch das Entfernen dieser hypertrophischen Stellen möglicherweise würden beseitigen lassen, war Pat. auch sofort zur Operation bereit, und mit der galvanocaustischen Drahtschlinge schnürte und brannte ich ihm die Vorderenden beider mittleren Nasenmuscheln noch in derselben Sitzung ab. Sofort nach der Operation pinselte ich auch der Laryngitis wegen den Kehlkopf mit einer Tanninlösung aus uud der gefürchtete Krampf trat schon jetzt nicht ein.

Pat. reiste mit der Weisung ab, sich täglich mit einer Borsäurelösung die Nase anszuspritzen und nach 8 Tagen wiederzukommen. In der glücklichsten Stimmung stellte sich M. pünktlich nach 8 Tagen wieder ein. Während dieser Zeit war kein neuer Anfall aufgetreten, Pat. hatte sogar ungestraft wieder mit lauter Stimme sprechen dürfen, obgleich ich demselben noch die strengste Schonung und Ruhe anbefohlen hatte; das Gefühl von Trockenheit im Halse früh beim Anfstehen war verschwunden. Und die Heilung erwies sich bis jetzt als eine dauernde und vollständige.

Kurze Zeit nach der Operation konnte M. wieder sprechen, unterrichten, zanken, ganz wie früher, und auch wieder singen, obgleich er schon seit 2 Jahren mit Singen hatte aufhören müssen.

„Jetzt," schreibt mir M. am 28. Februar 1885, „befinde ich mich ganz und gar wohl, nach der Operation ist kein Anfall wieder aufgetreten, auch das Rauchen geht ganz gut, in meiner Nase habe ich Luft."

Dieser Fall scheint mir in bemerkenswerther Weise die Beobachtung

von Hack[1]) zu bestätigen, dass das Localisirtbleiben der hyperplastischen Entzündung gerade auf die Schleimhaut der mittleren Muschel mit ein Hauptmoment ist für das Zustandekommen von Reflexneurosen, und dass die Beseitigung schon geringfügiger pathologischer Veränderungen an den mittleren Muscheln oft ausreicht, um bestehende nervöse Anfälle dauernd zu beseitigen. Interessant und gleichsam eine nochmalige Probe auf das Exempel wäre vielleicht die Thatsache, dass bei einem späteren wiederholten Anwachsen der Schleimhaut an der geschilderten Stelle wieder die alte Reflexneusose aufträte und sich dann durch eine abermalige Operation beseitigen liesse. Sollte dieser Fall wirklich eintreten, so würde ich mir gestatten, in diesem Blatte noch einmal darüber zu berichten.

Excoriationes narium.

Von

Dr. med. **E. Schmiegelow** in Kopenhagen.

Diese so häufige Affection wird meist als „Eczema narium" beschrieben. Die von Kiesselbach[2]), Moldenhauer[3]) und Baumgarten[4]) veröffentlichten Artikel über Eczema narium haben mich veranlasst, hier meine schon im Februar dieses Jahres[5]) ausgesprochenen Ansichten über dieses Leiden nochmals hervorzuheben, weil ich die Vermuthung hege, dass sie den Lesern der Monatschrift nicht bekannt sind, und da sie erst später in einer sehr verkürzten Form im „Centralblatt der Laryngologie etc." veröffentlicht werden sollen.

Die Dignität der Krankheit, die immer den Patienten sehr lästig ist, und bisweilen, wovon ich selbst schlagende Beispiele in meiner Praxis gesehen habe, die Ursache einer ausgesprochenen Hypochondrie (Carcinom; Syphilis) bildet, macht es nothwendig, der Natur des Leidens genau auf die Spur zu kommen.

Am häufigsten wird, wie schon bemerkt, das Leiden von den Verfassern unter dem Namen „Eczema narium" beschrieben, ein Name, der an und für sich selbst irreleitend ist, weil er nur theilweise die Natur der Affection illustrirt. Das Leiden ist nämlich nicht immer ein Ausdruck desselben pathologischen Processes. Was die grösste Anzahl der Fälle anbelangt, besteht die Krankheit in Furunculosis der Talgdrüsen, welche die Vibrissae umgeben, was ich schon im Februar, in der obengenannten Arbeit[6]) folgendermaassen aussprach: „Dieses Leiden (Excoriationes narium) ist beinahe immer von einer stetig recidivirenden

[1]) Dr. W. Hack: Ueber eine operative Radical-Behandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber etc.

[2]) Kiesselbach: Eczema introitus narium. Monatschrift für Ohrenheilkunde etc. 1885, No. 2, pag. 86.

[3]) Moldenhauer: Das sogenannte Eczem des Naseneinganges. Monatschr. f. Ohrenh. 1885, No. 5, pag. 145.

[4]) Baumgarten: Eczema introitus narum. Monatschr. f. Ohrenheilkunde 1885, No. 5, pag. 146.

[5]) E. Schmiegelow: Beretning fra Communehospitalets Klinik for Oere-, Nase- og Hals-Sygdomme. Hospitals-Tidende 1885, pag. 189.

[6]) Schmiegelow: l. c.

Furunculose bedingt, und hat sicherlich dieselbe Aetiologie wie die Furunculose des äusseren Gehörganges, welche bacteriologischen Ursprungs ist.“ Dr. W. Moldenhauer ist zu derselben Auffassung in seinem Artikel: „Das sogenannte Eczem des Naseneinganges“ im Mai-Heft der Monatschrift gelangt, und zieht mit Recht eine scharfe Grenze zwischen Eczema narium und Furunculosis narium. In den verhältnissmässig wenigen Fällen nämlich, wo man es nicht mit einer Furunculose zu thun hat, wird das Leiden durch Eczem bedingt, und dieses ist besonders bei scrophulösen Kindern der Fall, worauf Moldenhauer auch aufmerksam macht. Bei Erwachsenen wird ein chronisches Eczem, nur auf den Naseneingang begrenzt, äusserst selten beobachtet, dagegen wird es hier öfters als Theilsymptom eines mehr ausgebreiteten Gesichts-Eczems angetroffen.

Beide Formen, Eczem und Furunculose, können schliesslich bisweilen zusammen auftreten (was Kiesselbach auch auf pag. 37 in seiner Arbeit ausspricht), um den pathologischen Begriff „Excoriationes narium“ zu begründen, und das Verhältniss ist dann dieses, dass das Eczem das Primäre, die Furunculose das Secundäre ist.

In Folge der Untersuchungen von Pasteur und Löwenberg wird die Furunkelbildung immer durch eine Bacterieninfection verursacht, und im Eiter der Furunkel werden stets reichliche Micrococcen gefunden. Jedes Moment, welches eine Solutio continui der Epidermisschichte verursacht, prädisponirt zur Furunkelbildung, indem dadurch eine Invasion von Micrococcen stattfinden kann, woraus eine Entzündung der Talgdrüsen entspringt. Daher spielt sowohl bei der vorliegenden Krankheit, als überall, wo man mit Furunkelbildung zu thun hat, jede noch so kleine Hautläsion eine grosse ätiologische Rolle. Gleich wie ein leichter Intertrigo oder ein chronisches Eczem des äusseren Gehörganges oft die indirecte Ursache der Furunkelbildung im Meatus auditorius externus abgeben, können ähnliche Leiden des Naseneinganges die Entwicklung von „Excoriationes narium“ zur Folge haben, indem die Patienten in ihren Bestrebungen, kleine Schorfe zu entfernen oder einem kitzelnden Gefühl durch kräftige Reibungen abzuhelfen, leicht einige Haare epiliren und dadurch eine Möglichkeit einer Bacterieninfection der Talgdrüsen zu Stande bringen. Aus demselben Grunde sind die entzündungsartigen Zustände in der Nasenhöhle von grosser ätiologischer Bedeutung für das erwähnte Leiden, indem das sowohl quantitativ als qualitativ veränderte Secret leichter an den Vibrissae haftet, und dadurch zur Schorfbildung im Naseneingange prädisponirt. Wenn die Patienten diese Schorfe mit den Fingernägeln entfernen wollen, werden leicht Solutiones continui der Epidermis hervorgebracht, und eine Furunkelbildung ist oft davon die directe Folge.

Bei Individuen, die reichlich mit steifen und zahlreichen Vibrissae versehen sind, wird das Nasensecret hier leichter zurückgehalten und incrustirt sich; solche Individuen sind darum mehr zu „Excoriationes narium“ disponirt, als diejenigen, deren Vibrissae weniger zahlreich, kurz und weich sind. Ferner wird die Hartnäckigkeit des Leidens vorn im Winkel zwischen dem Nasenflügel und Septum dadurch erklärt, dass die anatomischen Verhältnisse hier auf der einen Seite eine leichtere Stagnation des Secretes und bedeutende Schorfbildung begünstigen, und dass auf der

anderen Seite die Entfernung der gebildeten Schorfe erschwert wird. Es wird also grössere Kraft von Seiten des Patienten erforderlich, um etwaige Schorfe hier zu entfernen, wodurch dann natürlich eine grössere Neigung zur Solutio continui an diesem Orte die Folge ist.

Wenn erst eine Furunculose im Naseneingange sich entwickelt hat, werden leicht neue Ausbrüche in der Weise auftreten, dass die Patienten, während ihrer Bestrebungen, die durch die Ausleerung der alten Furunkel gebildeten Schorfe zu entfernen, immer neue Solutiones continui der Hautdecke hervorrufen und dadurch neue Infectionsbahnen eröffnen.

Wird diese Erklärung der Natur des Leidens, als einer localen Bacterieninfection der Talgdrüsen, eingeleitet durch Läsionen der epidermoidalen Hautschicht, festgehalten, so ist das Grundprincip der Therapie damit gegeben; sie besteht darin: 1) Der Schorfbildung entgegenzuwirken. 2) Solutiones continui der Epidermisschicht zu verhüten und schliesslich 3) den Naseneingang zu sterilisiren.

Man muss nach meiner Ansicht die Epilations-Therapie als irrationell verlassen. Baumgarten's Artikel im Mai-Heft der Monatschrift führt zu demselben Resultat; bei der Beschreibung der Epilations-Therapie, die er übrigens lobt, theilt er nämlich mit, dass nach der Epilation, „wahrscheinlich in Folge des Reizes“ (?), in den ersten Tagen kleine hanfkorngrosse Abscesse entstehen. Diese Abscesse sind aber ganz einfach ein Ausdruck der durch die Epilirung bedingten Solutiones continui und der daraus resultirenden neuen Infectionen. Abgesehen von der Irrationalität der Epilations-Therapie ist diese zudem ein ganz ausserordentlich schmerzvolles Behandlungsverfahren, welches ausserdem niemals, jedenfalls in meinen Händen zu einem guten Resultat geführt hat; bisweilen wird nur eine vorübergehende Erleichterung, äusserst selten eine kurz dauernde Heilung, der bald ein Recidiv folgt, erreicht, am häufigsten habe ich den Patienten nur eine Zunahme ihren Leiden verschafft. Dasselbe gilt über die Aetzungen mit Argentum nitricum und theilweise auch über die Salbenbehandlung, wohl zu verstehen den auf Furunculose basirten „Excoriationes narium“ gegenüber.

Ich habe darum vollständig in dem letzten Jahre die alte Behandlungsweise mit ihren Salben, Glycerin-Einreibungen, Epilirungen, Lapisätzungen etc. verlassen, weil sie mich beinahe niemals zum Ziele führten, und habe eine neue Therapie eingeschlagen, durch welche es mir gelungen ist, ausserordentlich günstige Resultate bei dieser bis jetzt beinahe unheilbaren und für die Patienten höchst lästigen Krankheit zu erreichen. Die Behandlung besteht in der Anwendung von kleinen Tampons hygroscopischer Watte, die mit einer Sublimatlösung (1 : 1000) gesättigt werden. Falls die Lösung irritiren sollte, wende ich eine schwächere (1 : 2000) an. Die Tampons müssen nicht abgedrückt, sondern ganz nass in die Nasenlöcher eingeführt werden und von einer solchen Grösse, dass sie das Nasenloch vollständig ausfüllen. Beide Nasenlöcher dürfen nicht auf einmal behandelt werden, um nicht dadurch die Nasenrespiration zu verhindern. Die Tampons lasse ich jedes Mal 2 Stunden liegen und behandle wechselweise beide Seiten, so dass zu Anfang die Einführung frischer Tampons täglich 2—3 Mal geschieht; später wird sie auf ein Mal täglich für jedes Nasenloch reducirt. Sollte die Sublimatbehandlung in

dieser Art Reizung veranlassen, wird dieselbe einige Tage sistirt und die gereizten Hautpartien werden mit Borvaselin (1—10) bestrichen.

Durch diese Behandlungsweise wird Folgendes erreicht: 1) die spannende, genirende Schorfbildung wird vermieden; dadurch wird bewirkt, 2) dass die Patienten sich nicht „in der Nase graben“ und Infectionsbahnen eröffnen, und schliesslich 3) der Naseneingang und dessen Umgebungen werden sterilisirt. Wenn die Sterilisation vollständig gelingen soll, muss man seine Aufmerksamkeit besonders auf den vordersten und schwierigst zugänglichen Theil der Nasenlöcher richten, sowie die äussere Fläche der Nasenflügel und angrenzende Theile der Oberlippe wiederholt täglich mit der Sublimatlösung abgewaschen werden müssen.

Ich kann diese Behandlung, die sich mir in mehr als 40 Fällen vorzüglich bewährt hat, als eine schnelle und sichere empfehlen; sie hat mich in den Stand gesetzt, des Leidens auf eine den Patienten sehr angenehme Weise Herr zu werden. Im Laufe von 1—2 Wochen pflegt die Krankheit gern gehoben zu sein. Bisweilen können Recidive später eintreten, aber sie pflegen bei derselben Behandlung wiederum sehr leicht zu verschwinden. Man thut jedenfalls am besten, den Patienten anzurathen, nachdem das Leiden gehoben ist, ab und zu den Introitus narium durch Sublimatwaschungen zu sterilisiren.

Entzündungszustände in der Nasenhöhle müssen natürlich auch als ein die Schorfbildung im Naseneingange prädisponirendes Moment auf längst bekannte Weise behandelt werden.

In den relativ viel selteneren Fällen, wo ein einfaches Eczem die Basis der „Excoriationes narium“ bildet (besonders bei scrophulösen Kindern, ausserordentlich selten bei Erwachsenen), darf man nicht die Sublimatbehandlung anwenden, weil diese in solchen Fällen sehr oft das Leiden durch ihre irritirende Einwirkung verschlimmert. Für solche Fälle kann ich mit Kiesselbach die Einreibungen mit Unguentum diachyli c. Oleo Vaselini empfehlen. Die Salbe wird am besten mittelst Wattetampons (jedes Mal nur auf einer Seite) angebracht und auch da thut man wohl, die Tampons 2 Stunden in jedem Nasenloch liegen zu lassen.

Zum Schluss erlaube ich mir meine Ansichten über die vorliegende Frage in folgenden Sätzen zusammzufassen:

1) „Excoriationes narium“ ist ein Begriff, der folgende pathologische Zustände in sich begreift: a) Furunculosis narium, b) Eczema narium, c) Combination beider Affectionen (wobei immer das Eczem das Primäre, die Furunculose das Secundäre ist).

2) Furunculosis narium wird durch eine, in Folge Solutio continui der Epidermisschichte stattfindende, locale Bacterieninfection bedingt, und die Behandlung muss daher auf der einen Seite schonend — um nicht Hautläsionen hervorzurufen —, auf der anderen Seite antiseptisch, den Introitus narium und dessen Umgebungen sterilisirende sein. Die Sublimatbehandlung („Sublimattampons“ und Sublimatwaschungen) erfüllt beide Bedingungen.

Das Cocaïn bei Nasen- und Halskrankheiten.

Von

Dr. **Jos. Herzog**, Specialarzt für Nasen- und Halskrankheiten.

(Vortrag gehalten im Vereine der Aerzte in Steiermark am 18. Mai 1885.)

(Schluss aus voriger Nummer.)

Hr. B. stellte sich mir mit einem heftigen Larynxcatarrh, den er am Vortage sich bei nassem Wetter geholt haben will, vor. Stimme sehr heiser, schmerzhaftes Gefühl beim Schlucken. Stimmbänder waren intensiv geröthet, so auch die Introitus laryngis und die Epiglottis. Ich nahm sogleich eine Bepinselung mit 5pctg. Cocaïnlösung vor. Unmittelbar darauf musste der Patient mehr Schleim ausspucken, dann fühlte derselbe eine eigenthümliche angenehme Kälte im Larynx und etwa 2 Minuten später war es ihm, als ob an Stelle des Kehlkopfes ein Knödel wäre, wie er sich ausdrückte, der immer grösser würde und den er immer hinabschlucken möchte, aber nicht könne. Befund im Larynx: Epiglottis vollkommen anämisch, so auch die Aryknorpel, welche eine wachsgelbe Farbe darboten. Die Stimmbänder, die ich aller Wahrscheinlichkeit mehr gegen ihr hinteres Ende getroffen habe, da fast weiss, nach vorne in eine mattrosa Farbe übergehend. Schmerzhaftes Gefühl beim Schlucken weg; die Stimme heiser.

Am anderen Tage war die Stimme viel reiner, der Befund viel besser. Cocaïnbepinselung.

Am 3. Tage: Stimme vollkommen rein. Keine Hyperämie im Larynx. Wohlbefinden.

Ein die Wirkung des Cocaïn gut characterisirender Fall ist folgender:

Hr. P., Schuster, ein oft in meiner Ordinationsstunde gesehener Gast, litt früher an Lues und leidet noch an einem chronischen Rachencatarrh. Was denselben aber am meisten quält, ist ein Stimmritzenkrampf, an dem er schon Jahre lang leidet und der bei jeder Gelegenheit auftritt, insbesondere wenn er zu jähe Wasser trinkt, bei sog. Verschlucken, oder beim Gurgeln. So oft ich den Kranken einpinselte oder Pulver einblies, bekam er einen kurzen Anfall von diesem Krampf. Einmal berührte ich die Aryknorpel mit der Kehlkopfsonde und da wurde ein heftiger Anfall ausgelöst, der etwa fünf Minuten andauerte; dabei standen dem Kranken die Schweissperlen auf der Stirne. Ich bepinselte den Larynx dieses Mannes mit 5pctg. Cocaïnlösung und ziemlich energisch; es trat kein Anfall ein und der Kranke sah mich ganz erstaunt an; ich ging mit der Sonde in den Larynx, berührte beide Aryknorpel, die Stimmbänder, es trat kein Anfall ein, ja, er fühlte die Sonde kaum. Der Larynx war ganz anämisch. Nach seinem Gefühl befragt, gab der Patient an, er fühle, wie der Hals dicker würde, wie Etwas heraufsteigen wolle, aber nicht kann; er müsse immer schlucken. Am nächsten Tage konnte ich ganz die gleichen Experimente im Kehlkopf machen, vorsichtshalber bepinselte ich denselben doch mit Cocaïn, dann nicht wieder, und nun sind Wochen seit der ersten Pinselung verstrichen, der Kranke bekam keinen Krampf mehr, weder daheim, noch in meiner Sprechstunde, ob ich ihn sondire, oder insufflire, oder mit schwachen Lapislösungen bepinsele. Die Zukunft wird lehren, ob es in der That gelungen ist, diesen

qualvollen Krampfzustand im Larynx durch zwei Bepinselungen zu heben, und zwar dauernd zu heben.

Bei Kehlkopfaffectionen, denen ein tuberculöser Process zu Grunde lag, versuchte ich Cocaïn zu wiederholten Malen: stets konnte ich dadurch die Schlingbeschwerden dieser bedauerungswürdigen Kranken auf einige Zeit — Stunden beheben, so dass dieselben leichter essen und dadurch besser genährt werden konnten; auch wurde durch dieses Verfahren der Hustenreiz gemildert und das Sprechen etwas erleichtert. Einen weiteren Einfluss von Seite dieses Mittels konnte ich bei meinen Kranken nicht bemerken; der Process schritt unaufhaltsam vorwärts; doch ist durch Möglichkeit, ihren Ernährungszustand zu heben, schon viel gewonnen.

Bei Affectionen der Rachenschleimhaut hat Cocaïn die Wirkung, dass es die Hyperämie im hohen Grade herabsetzt und die Hyperästhesieen daselbst oft gänzlich beseitigt; so ist es von grosser Wirksamkeit bei den verschiedenen Sensibilitäts-Neurosen, wie sie öfter an der Rachenschleimhaut vorzukommen pflegen.

Ich bin in der Lage, Ihnen zwei hier einschlägige Fälle anführen zu können.

1) Fr. S., Hysterica, leidet seit Jahren an einer Hyperästhesie des Rachens, sie wird bei Tag fortwährend von einem drückenden, ziehenden, oft stechenden Gefühl auf der linken Seite des Rachens, in der Gegend der Tonsille, gepeinigt, bei Nacht wird sie oft durch dasselbe vom Schlafe aufgeweckt. Die genaueste Untersuchung lässt nichts Krankhaftes nachweisen, keine Vergrösserung der Tonsille, keine Hyperämie, keine Anämie. Alles Mögliche wurde versucht und zwar ohne Erfolg. Auf 1 Cocaïnbepinselung (5 pCt.) verschwand das Gefühl sofort und kehrte erst in 3 Tagen viel geschwächter zurück. Vollkommene und dauernde Heilung konnte ich bis jetzt nicht erzielen; nach jeder Pinselung hörte es für einige Tage auf.

2) Fr. Kn. wurde von mir wegen einer chronisch. Rhinitis et Pharyngitis mit Erfolg behandelt, nur blieb ihr im Rachen ein eigenthümliches, von Zeit zu Zeit auftretendes, schmerzhaftes, ziehendes, oft schnürendes Gefühl. Auf eine einmalige Bepinselung mit Cocaïn blieb diese Sensibilitäts-Neurose, gegen die ich mit verschiedenen Mitteln vergeblich ankämpfte, aus. — In zwei Fällen von Angina mit starken Schlingbeschwerden schwanden die Schmerzen stets nach Anwendung von Cocaïn-Bepinselungen.

Gehen wir nun zur Besprechung der Wirkung von Cocaïn bei Nasenaffectionen über, so ist dieselbe in einzelnen Fällen im ersten Stadium des Schnupfens — Rhinitis acuta — in der That überraschend. Sie kennen alle, meine Herren, das oft jämmerliche Bild eines acuten Schnupfens; wendet man im Anfangsstadium eines solchen Cocaïn in 2—5 pctg. Lösung an, so wird nach 1—2 Minuten die Verlegung der Nasenwege aufgehoben, die Nasenathmung wird frei, die Secretion nimmt ab oder hört auf, die Stimme verliert ihren nasalen Klang und die Eingenommenheit des Kopfes schwindet, als ob ein Schleier weggezogen würde, sagte mir einmal ein Patient. Was die Dauer dieser Wirkung betrifft, so ist sie eine verschiedene: bei einigen 2—3 Stunden, bei anderen bis zum anderen Tage und zwar in der Weise, dass der Schnupfen wohl wiederkehrt, aber in

einem viel geringeren, nie mehr in einem solchen Grade, wie vor der ersten Pinselung. Daher richtet sich die Zahl der Bepinselung stets nach dem ersten Erfolge; manche sind mit dem Erfolg der ersten Pinselung schon so zufrieden, dass sie gar kein Bedürfniss fühlen, sich noch einmal bepinseln zu lassen. Im Allgemeinen lässt sich mit Sicherheit sagen, dass jeder acute Schnupfen bei Anwendung von Cocaïn einen rascheren und milderen Verlauf nimmt. Ausser den Pinselungen wären da die Inhalationen mittelst Sprayapparat (0,25—0,50 : 250,0) sehr zu empfehlen.

Bei chronischer Rhinitis, insbesondere im vorgeschrittenen Stadium, sah ich von der Anwendung des Cocaïn bis jetzt wohl nur vorübergehende Erfolge, welche einerseits geeignet sind, solchen Kranken eine vorübergehende Erleichterung zu verschaffen, andererseits diese schnupfenfreien Stadien zu diagnostischen oder operativen Zwecken zu benutzen. Bei subacuten Rhinitiden oder leichteren Formen von chronischer Rhinitis will ich dem Mittel nicht ganz einen therapeutischen Werth absprechen. Dafür scheint auch vorliegender Fall zu sprechen:

Studiosus H. leidet seit Kindheit an einer Deviation der Nasenscheidewand mit Leistenbildungen. Linke Nase immer für Luft weniger permeabel; der junge Mann ist auch leicht zu Schnupfen geneigt. Die Untersuchung zeigt ausser der Deviation des Septums nach links, die dadurch bedingte Verengerung der Nasengänge, eine leichte Schwellung der Schleimhaut und Vergrösserung der unteren l. Muschel, so dass sie fast das Septum berührt. Ich versuchte in diesem Fall vor mehreren Wochen eine Cocaïnbepinselung, der ich nach einigen Tagen eine zweite nachfolgen liess. Patient versicherte mir erst unlängst, dass er jetzt immer genügend Luft in der Nase habe und dass er sich gar nicht erinnere, jemals so frei durch die Nase athmen gekonnt zu haben. Bei der Untersuchung zeigt sich auch, dass die Schwellung und Hyperämie der Schleimhaut, sowie die Vergrösserung der unteren Muschel bedeutend abgenommen haben. An der Deviation der Nasenscheidewand hat sich natürlich nichts geändert. Würde dieser junge Mann durch längere Zeit einen 2pctg. Cocaïnspray gebrauchen, so würde er sicher eine noch freiere Nasenathmung haben.

Wie Cocaïn auf Sensibilitäts-Neurosen im Kehlkopf und Rachen oft von überraschender Wirkung ist, so auch bei solchen in der Nase und insbesondere sind es da die vasomotorischen Neurosen und andere Reflexerscheinungen, welche von der Nasenschleimhaut ausgelöst werden können, und welche von diesem Mittel, indem es eine Abschwellung der Muschel und ein Schwinden der Reflexerregbarkeit bewirken kann, oft in ausgezeichneter Weise beeinflusst werden können. Belege hierfür finden wir auch in der Literatur, so verweise ich einerseits auf den von Stein mitgetheilten Fall und auf die von Schnitzler veröffentlichten Beobachtungen, nach welchen in Fällen von hartnäckiger Coryza mit Supra- und Infraorbitalneuralgien, ferner in Fällen von leichten asthmatischen Anfällen, von Nieskrämpfen auf Weingenuss, sich Cocaïn-Bepinselungen und mehrmalige Cocaïneinspritzungen vortrefflich bewährten; andererseits bin ich auch in der angenehmen Lage, Ihnen, meine Herren, einen hierher gehörigen Fall mittheilen zu können:

Frl. Da . . . . wurde von mir im Jahre 1883 schon wegen eines chronischen Nasencatarrhs mit Erosionsbildung behandelt. Das Unan-

genehmste war derselben ein eigenthümliches, spannendes, schmerzhaftes Gefühl in der Nase, welches sie zeitweise bekam, dieses verband sich mit heftigen Kopfschmerzen, welche oft in so hohem Grade auftraten, dass Pat. im Bette liegen musste und sich nicht rühren durfte. Der chronische Nasencatarrh wurde damals nach mehrwöchentlicher Behandlung geheilt. Auch der Kopfschmerz blieb aus nebst dem Wehegefühl in der Nase, wie Pat. zu sagen pflegte. Im vorigen Jahre, d. i. 1884, Sommer, stellte sich mir Pat. vor, indem sie wieder zeitweise Kopfschmerz und das eigenthümliche Gefühl in der Nase habe. Die Untersuchung zeigte bis auf eine kleine Vergrösserung beider unteren Muscheln vollkommen normalen Befund; also keine Recidive des Nasencatarrhs. Indem ich schon damals diese Affection auf nervöser Basis basirend mir vorstellte, verordnete ich Bromnatrium mit gutem Erfolge. Nun hatte das Fräulein wieder Ruhe bis März 1885; wo sie sich mir vorstellte mit der Klage, ihre Empfindlichkeit in der Nase habe sich wieder eingestellt, jeder Luftzug durch die Nase thue ihr wehe, öfter habe sie das Gefühl, als ob alles in der Nase gespannt wäre, Nasenbluten wäre ihr eine Erleichterung. Auch der Kopfschmerz stellte sich, wenn auch oft nur als Mahnung, wieder ein. Die Untersuchung ergab Hyperämie der Nasenschleimhaut, Schwellung der unteren Muschel, keinen Schnupfen, keine Vermehrung des Secrets, keine Erosionen; doch eine grosse Hyperästhesie der ganzen Nasenschleimhaut; das Berühren mit der Sonde bringt ihr ein sehr unangenehmes Gefühl hervor. Ich bepinselte mit 5 pCt. Cocaïnlösung beiderseits die Nasenschleimhaut, worauf eine geringe Vermehrung der Schleimsecretion und darauf ein angenehmes kühles Gefühl in der Nase eintrat. „Die Nase ist jetzt ganz luftig und die durchstreichende Luft thut nicht weh.“ Rhinoscopischer Befund: Abnahme der Röthe, Abschwellung der Schleimhaut, insbesondere der Muscheln; dieselbe ist fast vollkommen anästhetisch. —

Während 3 Wochen vollkommene Ruhe, Kopf sehr frei, die Kranke hatte noch nie ein so angenehmes Gefühl in der Nase. Nach Ablauf der 3. Woche geringe Mahnung an den früheren Zustand. Bepinselung der Nasenschleimhaut mit dem von Schnitzler empfohlenen Extr. alcoholic. folior coca recentium.[9]) Die Wirkungsweise war vollkommen analog mit der nach der 1. Bepinselung mit 5 pCt. Cocaïnlösung. Nun ist seitdem ein Monat vergangen und die Pat. blieb von weiteren Attaquen befreit, wie sie mir eben heute versicherte.

Bei Durchmusterung aller jener Fälle, bei denen ich Cocaïn in Anwendung gezogen habe, bin ich offen gestanden nicht immer zu jenen glänzenden Resultaten gelangt, wie solche mitunter von anderer Seite gemeldet werden. Ich habe wiederholt die Erfahrung gemacht und darin stimmen auch andere Beobachter überein, dass dieses Mittel bei verschiedenen Individuen in verschiedenem Grade wirkt, d. h., dass seine Wirkung eine individuelle ist. Bei dem Einen wirkt die gleichstarke Lösung mehr, bei dem Anderen weniger, bei dem Einen genügt eine Bepinselung, bei dem Anderen sind 2, 3 Bepinselungen nöthig, um den

---

[9]) Das Extr. wird unverdünnt zur Bepinselung oder in 5proc. Lösung als Inhalationsflüssigkeit angewendet. Man bezieht es aus der Apotheke zum heil. Geist, Wien, 1. Operngasse. Preis 10 Gramm = 90 kr.

gleichen Effect zu erzielen. So konnte ich z. B. zu wiederholten Malen constatiren, dass eine Bepinselung mit irgend einer Lösung von Cocain bei einem Patienten nach 1—2 Minuten eine überraschende Anämie der Nasen- und Rachenschleimhaut hervorrief, welche Anämie auch längere Zeit anhielt, während bei einem anderen Patienten auf eine einmalige Bepinselung mit derselben Lösung die betreffende Schleimhaut wohl um ein Geringes blässer wurde, bald aber wieder ihre vorige Färbung erlangte. Die Empfindlichkeit wurde stets herabgesetzt; aber ebenfalls in verschiedenem Grade bei verschiedenen Individuen bei gleicher Stärke der Cocaïnlösung. Das Gleiche gilt von der Einwirkung dieses Mittels auf die Reflexthätigkeit. Auch darf ich nicht verschweigen, dass Cocaïn sich mir in einzelnen Fällen vollkommen unwirksam erwies, ja bei einer sehr nervös angelegten Patientin bewirkten Cocaïnbepinselungen der Nasenschleimhaut solche Congestionen zum Kopf, dass sie sich weigerte, dasselbe wieder anwenden zu lassen. Das ist aber unter den vielen Fällen meiner Beobachtungen nur einer und deshalb lässt sich daraus nur wenig oder gar nichts schliessen und ich wollte dieses Factum auch nur anführen.

Auf Grund meiner Untersuchungen komme ich nun zu folgenden Schlüssen. Cocaïn ist ein sehr werthvolles Mittel und lässt sich seine Wirkung in drei Richtungen verwerthen: a) zur Localanästhesie, b) zu diagnostischen Zwecken, c) in curativer Beziehung. Die Wirkung in a und b ist in den meisten Fällen eine sichere und oft überraschende; was jedoch dieselbe in therapeutischer Hinsicht, also in c, betrifft, so kann man sich heutzutage noch nicht so ganz bestimmt aussprechen, wenn auch die Thatsache nicht geläugnet werden kann, dass einzelne Erkrankungen der Nase und des Halses unter Anwendung von Cocaïn einen rascheren und milderen Verlauf nehmen, dieses gilt insbesonders vom acuten Schnupfen im ersten Stadium und zum Theile auch von der acuten und subacuten Laryngitis. Sehr präcise wirkt es nach meinen Erfahrungen auch in sehr vielen Fällen von Sensibilitäts- und Reflexneurosen der Schleimhäute, ob aber diese Wirkung eine dauernde ist, und ob durch eine consequent fortgesetzte Behandlung mit diesem Mittel eine völlige Heilung eintreten kann, werden wohl erst länger dauernde Versuche und Beobachtungen lehren können. Jedenfalls wird meines Dafürhaltens in solchen Fällen stets dieser mildere Weg zuerst einzuschlagen sein, bevor man darangeht, eine Exstirpation der Schwellkörper in der Nase auf galvanocaustischem Wege, wie dieses vor allen von Hack vorgeschlagen wurde, vorzunehmen.

Angesichts dieser Thatsachen verdient Cocaïn jedenfalls in die Reihe der Medicamente aufgenommen zu werden, welche bei der Behandlung von Nasen- und Halskrankheiten in Anwendung kommen und ich bin fest überzeugt, dass dasselbe diesen Platz auch in Zukunft behaupten wird. Dass wir jedoch unter diesen Umständen die bisher üblichen localen therapeutischen Eingriffe bei den in Rede stehenden Erkrankungen nicht vernachlässigen dürfen, brauche ich wohl nicht erst zu betonen.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber das Besserhören bei Geräuschen (Paracusis Willisii). Von Prof. Bürkner. (Berl. klin. Wochenschr. No. 27, 1885.)

Ebenso controvers, wie die Erklärungsversuche der Paracusis Willisii, ist auch die Frage nach der prognostischen Würdigung des Symptoms. Auf der einen Seite glaubt man demselben eine relativ günstige (Roosa), auf der anderen eine möglichst schlechte Bedeutung (Politzer) beilegen zu müssen. B. kann sich nun auf Grund seiner Erfahrungen letzterer Ansicht in ihrer allgemeinen Fassung nicht anschliessen, da er wiederholt Heilung von Ohraffectionen beobachtete, in deren Verlaufe sich die Parac. Will. entwickelt hatte. Eine specifische Bedeutung komme dem Symptom als solchem nicht zu; da vielmehr nach seinem Dafürhalten bei jedem mit Verminderung der Schwingungsfähigkeit der Gehörknöchelchen verbundenen Ohrleiden Parac. Will. auftreten kann, so richtet sich die Prognose lediglich nach der Natur jener Erkrankung; insofern letztere in der Mehrzahl der Fälle sich als Sclerose der Paukenschleimhaut erweist, wird dadurch allerdings die Prognose wesentlich getrübt; wo aber, wie B. wiederholt gefunden, exsudative Mittelohrcatarrhe, eitrige Mittelohrentzündung mit Trommelfellperforation, die hyperämische Form des chron. Paukenhöhlencatarrhs oder Cerumenanhäufung zu Grunde lagen, war die Prognose durch die Parac. Will. sogar eine relativ günstige insofern, als B. bei ausgesprochener Labyrinthaffection und Nerventaubheit niemals Besserhören bei Geräuschen nachweisen konnte. Da bei Sclerose der Paukenschleimhaut gröbere Erschütterungen (im fahrenden Eisenbahnwagen etc.) zur Manifestirung des Symptoms erforderlich waren, als bei obengenannten Affectionen, wo schon lautes Sprechen, Musik, Strassenlärm dazu ausreichten, so würde aus diesem Umstande ein Anhalt für die Prognose im einzelnen Falle gegeben sein. Keller.

Zwei Fälle einseitiger totaler Taubheit nach Mumps. (Deux cas de surdité unilatérale complète survenue à la suite des oreillons.) Von Dr Ménière in Paris. (Revue mens. de laryngologie etc. No. 6, 1885.)

Bezüglich des Zusammenhanges von Taubheit und Mumps neigen sich die meisten Autoren (Noyer, Buck, Moos, Knapp u. A.) der Auffassung zu, dass die Parotitis als Allgemeinerkrankung Metastasen, wie nach Hoden und Brüsten, so auch nach dem Labyrinth herbeiführen könne. Brunner sieht diese supponirte Labyrinthentzündung als serösen Exsudationsprocess an nach Analogie der Metastase in die Hoden und glaubt beim Mangel pathologischer Erscheinungen im Gehörgange und Mittelohr nicht an eine locale Fortpflanzung der Entzündung von der Parotis zum Ohre. Roosa hält im Gegensatze dafür, dass nicht stets das Labyrinth afficirt sei, vielmehr oft genug eine rein örtlich fortgeleitete Mittelohrentzündung zu Grunde liege. Seligsohn räth an, stets nach Syphilis als Ursache zu forschen, während Vogel an Fortpflanzung der Entzündung von der Parotis vermittels des Facialis auf den Acusticus glaubt. Neuerdings nun möchte sich Ménière nach kurzer Schilderung

zweier in ihren Details nichts besonders Erwähnenswerthes bietenden Fälle für die Annahme entscheiden, dass es sich bei Taubheit nach Mumps nicht sowohl um Labyrintherkrankung handle, als vielmehr um Veränderungen am Acusticus in seinem intracraniellen Verlauf oder an seinem Ursprunge und zieht dabei jene Fälle doppelseitiger Taubheit bei Kindern in den ersten Lebensjahren in Parallele, wo nach kurzer Störung des Allgemeinbefindens mit leichtem Fieberverlauf und geringfügigen meningealen Reizerscheinungen totale doppelseitige Taubheit persistirt (Otitis labyr. Voltolini); auch hierbei soll es sich um Entzündungszustände an Gehirn und Meningen handeln. Die viel umstrittene Frage kann natürlich nur durch einwurfsfreie Sectionen endgiltig gelöst werden.

Keller.

Zwei Fälle von schwerer Labyrinth-Erkrankung bei Scarlatina-Diphtheritis. Von Oscar Wolf in Frankfurt a. M.

Einleitend bemerkt der Autor, dass selten ein Fall von Scarlatina-Otitis, complicirt mit Labyrintherkrankung, vom ersten Tage der Ohrenerkrankung an von einem Fachcollegen beobachtet wurde.

Erster Fall: Schwere Scarlatina mit Diphtheritis der Nase und des Nasenrachenraumes. Fortschreiten des diphtheritischen Processes per Tubam zum Mittelohr beiderseits. Vollständiger Verlust des Hörvermögens. Der Knabe war $6^1/_2$ Jahre alt, er wurde nach der üblichen Methode behandelt. Auf ärztlichen Rath sollten Pilocarpin-Injectionen gemacht werden, die aber von Seite der Eltern verweigert wurden. Das Kind befindet sich in einer Taubstummenschule, wo es die Sprache vollständig erlernte.

Zweiter Fall: Schwere Scarlatina mit Diphtheritis des Nasenrachenraumes. Fortschreiten des diphtheritischen Processes per Tubam zum Mittelohre beiderseits. Wiederkehr des Hörvermögens nach Pilocarpin-Injectionen.

Die Kranke war 7 Jahre alt, sie erlangte ihr Gehör wieder, nur waren die Schwindelanfälle resp. der Entengang in diesem Falle von längerer Dauer, als im ersten Falle.

Gleichzeitig sei bemerkt, dass der diphtheritische Process nicht so stürmisch aufgetreten war, als im ersten Falle. Daraus schliesst auch der Verf. gegen die Ansicht des Prof. Moos, dass im ersten Falle die Fenstermembranen zerstört waren, weshalb er von den von Moos empfohlenen Pilocarpin-Injectionen keinen Erfolg hoffte. Was die Prognose anbelangt, sei man in ähnlichen Fällen vorsichtig. Trotzdem der erste Fall, vom ersten Tage der Erkrankung angefangen, ohrenärztlich behandelt wurde, schritt der zerstörende Process unaufhaltsam weiter; während der zweite Fall, erst später in Behandlung kommend, günstig endigte.

Zuletzt erwähnt der Verf. die über Otitis diphtheritica vorhandene Literatur.

L—r.

Ueber die histologischen Veränderungen in den Weichtheilen und im knöchernen Gerüst beider Felsenbeine eines tertiär Syphilitischen. Von S. Moos und H. Steinbrügge in Heidelberg. (Zeitschr. d. Ohrenheilk., XIV. Bd., 3. und 4. Heft.)

Der Kranke war 37 Jahre alt, als er das erste Mal in Behandlung

kam, durch 17 Jahre hindurch war er ein Versuchsobject der Therapie verschiedener Collegen, bis er endlich im Krankenhause seiner Cachexie erlag. Die klinische Diagnose lautete: Inveterirte Syphilis, Geschwüre am Schädel, Perforation des Gaumens, Syphilis-Cachexie, amyloide Degeneration der Milz, Leber, Nieren etc. Anatomische Diagnose: Syphilitische Caries des Schädels und harten Gaumens. Chronische Pneumonie und Bronchio-Pneumonie. Amyloide Degeneration in der Milz, Leber, Nieren, Darm.

Bemerkenswerth ist das Ergebniss der microscopischen Untersuchung des Periostes und Knochens am mittleren und inneren Ohr: Im Trommelhöhlenboden und unterhalb der Schnecke fanden sich sehr grosse, mit kleinen, runden Zellen, zartrandigen Gefässen und Blutkörperchen angefüllte Markräume. Aehnlicher Befund am Trommelhöhlendach und oberhalb der halbzirkelförmigen Canäle, sowie in der lateralen Wand der knöchernen Tuba, an welch' letzterer Stelle die Markräume am meisten pathologisch verändert sind.

Dieselben weisen zartwandige Gefässe und enorm grosse Haufen von blutkörperchenhaltigen Zellen und gelbes Pigment der verschiedensten Form auf, so zwar, dass mehr als die Hälfte des ganzen Markraumes mit ihnen ausgefüllt ist. Der Befund im Knochenmark liefert einen Anhaltspunkt über die Entstehung der syphilitischen Cachexie.

Zuletzt deducirt der Verf. aus dem Befunde des wuchernden Periostes und aus den Blutungen im Neurilem des Plex. tympan. die anatomische Basis rein nervöser Otalgien bei negativem Ohrenbefunde. Ferner findet er eine Erklärung für die fatalen Carotisblutungen bei Syphilitischen durch das Hineinwuchern des Periostes in jene schmale Knochenbrücke, welche die knöcherne Tuba vom Canalis caroticus trennt. L—r.

Zwei Fälle von gänzlichem Verlust des Gehöres auf einem Ohr in Folge von Mumps. Von Charles J. Kipp in Newark. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, XIV. Bd., 3. u. 4. Heft.)

Erster Fall: Gänzlicher Verlust des Gehöres auf dem rechten Ohr allein, zuerst am 15. Tage nach dem Beginn einer Mumpsaffection bemerkt, während Patient an metastatischer Entzündung des linken Hodens litt.

Die genaue Untersuchung des erkrankten Ohres bei dem 18 Jahre alten Mann gab einen durchaus negativen Befund. Verf. verlegt die Erkrankung in's Labyrinth, und zwar in die Schnecke, da alle Erscheinungen von Reizung des Hörnerven fehlten. Ob es sich um einen hämorrhagischen Erguss oder um eine Embolie der Schneckenarterie handelte, bleibe dahingestellt.

Zweiter Fall: Totaler und plötzlicher Verlust des Gehöres auf einem Ohr während einer Erkrankung an Mumps. Interessant ist in diesem Falle, dass am linken Ohr in Folge von Mumps absolute Taubheit bestand, während nach 2 Jahren das rechte Ohr an einem acuten Mittelohrcatarrh erkrankte, der mit vollständiger Heilung endete. L—r.

Ein Fall von chronisch-eitriger Mittelohrentzündung mit nachfolgender intracranieller Erkrankung. Doppelseitige Neuritis optica. Vollständige Genesung. Von John Fulton aus St. Paul, Minn. (Zeitschrift f. Ohrenheilk., XIV. Bd., 3. u. 4. Heft.)

In der sehr genau geführten Krankengeschichte will der Autor dar-

thun, wie schwer es sei, eine bestimmte Indication, selbst bei intracranieller Erkrankung, für die künstliche Eröffnung des Process. mastoid. aufzustellen. Da keine Symptome von Thrombose oder Pyämie vorhanden waren, da das Allgemeinbefinden des Patienten und namentlich die Neuritis optica in Besserung begriffen waren, so wurde exspectativ behandelt, worin mehrere zu Rathe genommene Fachcollegen einstimmten. Ein besonders günstiger Einfluss wird dem wärmeren Klima zugeschrieben, wohin der Kranke behufs Erholung entsendet wurde. L—r.

---

b) Rhino-pharyngo-laryngologische:

Sarcom der Nasenhöhlen. (Sarcome des fosses nasales.) Von Dr. Jeauselme. (Annales des maladies du larynx etc.)

Ein 54jähriger Mann, nicht hereditär belastet, hatte einen mechanischen Insult erlitten. Verstopftsein der linken Nase, Ohrensausen, Bildung einer weisslichen Geschwulst, welch' letztere indolent, hart und unbeweglich war und die linke Nase einnahm, seröser Ausfluss, Deformation der Nase, leichte Taubheit, Stirnschmerzen, Schlingbeschwerden, Thränenträufeln. Die Operation bestand in einem Hautschnitt von der Nasenwurzel bis zum linken Nasenflügel, die Geschwulst war nicht adhärent und gestielt, die Exstirpation also leicht; die microscopische Untersuchung ergab ein Sarcoma fasciculatum; die Heilung ging per primam von statten und trat keine Recidive ein. Dr. P. K.

Fehlen des linken Geruchsnerven. Von Dr. Trilessky. (Wratsch No. 37, 1884 und Centralblatt für Nervenheilkunde von Erlenmeyer.) Referat von Dr. Buch.

Verf. fand bei der Obduction eines Soldaten folgende Anomalie: der linke Geruchsnerv fehlte ganz; an Stelle der inneren Wurzel dieses Nerven auf der inneren Seite des Trigonum olfactorium findet sich ein Wulst von ungefähr 4 Mmtr. im Durchmesser. Am äusseren Rande dieses Dreiecks verläuft nur ein weisslicher Streifen an der Stelle, wo sich normal die äussere Wurzel des Geruchsnerven befindet. Veränderungen in anderen Gehirntheilen wurden nicht gefunden. Patient war 25 Jahre alt; er starb nach 3tägiger Krankheit an Febris intermittens (in Ismaël), combinirt mit doppelseitiger croupöser Pneumonie. Bei Lebzeiten hat sich das Fehlen des Geruchsnerven nicht bemerkbar gemacht. Dr. P. K.

Neuer sich selbst anpassender Zungenhalter. (New self-adjusting tongue depressor.) Beschrieben von Ward Cousins M. D. von London, in der Lancet 1885, 3. Januar.

Er federt, die eine Branche legt sich unten an das Kinn. M. Sch.

Historisches über die Entdeckung des erectilen Gewebes der Nase. (Historical Notes on the Discovery of the Nasal Erectile Tissue.) Von John N. Mackenzie in Baltimore. (Boston Medical and Surgical Journal, 1. Januar 1885.)

Citate aus alten anatomischen Autoren zum Beweis dafür, dass die

spongiöse Structur gewisser Theile der Nase schon lange vor Kohlrausch bekannt war. A. Schapringer (New-York).

Entfernung des Hinterstücks und Schraube einer Flinte aus der Nase nach fünf Jahren. (Removal of a gun-breech and bolt from the nose after five years.) Von Rushton Parker, Liverpool.

Der Fall betraf einen 24jährigen Landmann, bei dem die äussere Wunde geheilt war und nur ein stinkender Ausfluss aus der Nase geblieben. Dr. M. S.

Rhinoscleroma. Vortrag in der Pathological Society of London von Dr. Payne und Dr. Semon. (Lancet, 7. März 1885.)

Der Fall betraf einen 18jährigen Guatamalesen, der seit 4 Jahren krank war. Gaumen, Tonsillen und Pharynx waren theils narbig contrahirt, theils mit infiltrirten Flecken versehen; eine antisyphilitische Cur blieb wirkungslos. Die hypertrophischen Stellen und Geschwülste an der Nase wurden ausgelöffelt, der Grund geätzt; die Heilung dauerte nur zwei Monate. Patient entzog sich weiterer Behandlung. Die Verfasser geben dann noch eine Beschreibung des microscopischen Befundes.
Dr. M. S.

Petrificirte Mandel. Von N. Kampf. (Arzt, 1884, 13.)

Die linke Mandel (bei einer 24jährigen Frau) etwas mehr, als taubeneigross, war durchaus petrificirt; bei sehr leicht ausgeführter Extraction mit der Zangenpincette, zertheilte sie sich in drei Theile.
Eug. Step.

Athmung durch den Mund. (Buccal breathing. Its causes, serious consequences, prevention, and cure.) Von George W. Major in Montreal, Canada. (The Medical Record, 22. November 1884.)

Nichts Neues über diesen Gegenstand, ausser der Beobachtung des häufigen Vorkommens von Enuresis nocturna, welche Major bei Mundathmern gemacht hat. Er hält dies für ein Symptom der Kohlensäurevergiftung in Folge der Seichtigkeit der Athemzüge; diese werden oberflächlich ausgeführt, wegen der unangenehmen Kälte der durch den Mund in die Lungen gelangenden Luft. Es wird eines neuen Falles von Verlängerung des Septum narium nach hinten, wodurch das Cavum pharyngonasale in zwei Fächer getheilt wird, Erwähnung gethan. A. Sch. (N.-Y.)

A case of myxoedema with a post-mortem Examination. Von W. Hale White. (Lancet No. VIII, 1885, S. 848.)

Wh. berichtet der Clin. Society of London über den weiteren Verlauf eines im Jahre 1882 besprochenen Falles von Myxoedem. Der Patient stellte sich erst im Juli 1884 wegen hochgradigem Ascites Wh. wieder vor. Das Myxoedem an Gesicht und Händen noch deutlich, aber wesentlich geringer als früher; die Sprache war langsam. Nach der Punctio abdominis Convulsionen, Coma und Tod. Die Section ergab kleinen, alten Blutheerd im Corpus striat. sin., Verdickung der Hirngefässe, Atrophie der Schilddrüse und chronische Peritonitis. In der Schilddrüse fanden sich der Acini mit Trümmern von Epithelien; das

Bindegewebe entartet, hier und da im Zustande leichter Entzündung. Leber und Submaxillardrüse zeigten Vermehrung der Kerne des Bindegewebes, im Centrum der Leberläppchen reichliche Fettablagerung. Die sympathischen Ganglien sind mit Ausnahme der beschriebenen Bindegewebsveränderungen gesund.

Die Atrophie der Schilddrüse ist als Grund aller Erscheinungen aufzufassen; alle sonst gefundenen Veränderungen sind secundär und Folge des Myxoedems. Das System des Sympathicus verursacht den Symptomencomplex nicht, da 1) Myxoedem sich nach Schilddrüsenexstirpation nicht entwickelt, wenn eine accessorische Drüse vorhanden ist; 2) weil die specifischen Elemente der sympath. Ganglien unverändert waren; 3) weil das physiologische Experiment der Exstirpation der Ganglien nie Myxoedem verursacht hat.

Aus der dem Vortrage folgenden Discussion ist zu bemerken, dass Hadden die Veränderung der Schilddrüse in Analogie setzen zu müssen glaubt mit der interstitiellen Hepatitis; Semon glaubt, gestützt auf eigene Erfahrung, dass Hirnanämie das Primäre sein möchte und die Schilddrüsenatrophie sammt den übrigen Veränderungen als von dieser abhängig zu betrachten seien. Goodhart betont die Möglichkeit, dass eine functionelle Neurose des Sympathicus vorliegen könne. Götze.

Verblutung nach seitlicher Incision eines Retropharyngealabscesses. Zwei Fälle. Von A. G Gerster in New-York. (Aus dem [unveröffentlichten] Protocoll der wissenschaftlichen Versammlung deutscher Aerzte von New-York vom 26. December 1885.)

Der erste Fall betraf ein 4½ Monate altes Kind. Nachdem von der Mundhöhle aus mit einem Intervall von zwei Tagen zwei Mal incidirt worden war, wurde doch noch die Eröffnung von aussen nöthig. Dieselbe wurde nach Hilton ausgeführt (Einführung einer Aspiratornadel hinter dem Sternocleidomastoideus und Incision unter ihrer Leitung). Die nicht heftige, aber stetige Blutung aus der Abscesshöhle war durch Tamponade, Thermocauter und Compressionsverband nicht zu stillen und das Kind erlag nach 6½ Stunden. Bei der Section fand man die Vena jugularis interna und Carotis intact.

Der zweite Fall war der eines achtzehn Monate alten, an Scharlach und Diphtherie erkrankten Knaben in septischem Zustande (Temperatur 104° F.). Incision ebenfalls nach Hilton. Geringe, aber unaufhaltsam fortdauernde Blutung verursachte den Tod nach 2 Stunden. Keine Section.

A. Schapringer (New-York).

Ein Fall von bösartiger Speiseröhrenverengerung, eine neue Art permanenten Speiseröhrencatheters zeigend. Vorgestellt von Charters J. Symonds in der Clinical Society of London. (Lancet, 31. Jan. 1885.)

Der weiche Catheter hat ein oberes trichterförmiges Ende von ½ bis ¾ Zoll Durchmesser, welches das Durchgleiten desselben durch die Strictur verhindern soll. Der Catheter wird ganz eingeführt, das obere Ende ruht also auf der Strictur, ein daran angebrachter seidener Faden wird am Ohr befestigt, um den Wechsel zu ermöglichen. Der Vortheil ist, dass der Kranke damit wie sonst auch schlucken kann, und den Genuss des Schmeckens nicht entbehrt. Das Instrument soll keine Beschwerden machen. Dr. M. S.

Ein Fall von Schwertverschlucken, Tod durch Verletzung der Speiseröhre, Section, Bemerkungen. (Case of sword swallowing, death from injury to the oesophagus, necropsy, remarks.) Von Charles Gross, Newington. (Lancet, 7. Febr. 1885.)

Ein 30jähriger Künstler, dem das Einführen des Schwertes immer etwas weh gethan, fühlte eines Tages dabei mehr Schmerz wie gewöhnlich, nach dem Herausziehen spie er etwas Blut, hatte Schwierigkeit im Schlucken, der Hals schwoll mehr und mehr an; er starb plötzlich nach 2 Tagen. Bei der Section fand sich die Speiseröhre erweitert, die Schleimhaut verdickt besonders das Epithel, das umgebende Gewebe mit Eiter infiltrirt vom Pharynx bis herunter, keine perforirende Wunde, nur eine leichte Excoriation in der Schleimhaut. Der linke Vagus verlief durch diesen Abscess.

Die von Collegen des Mannes bei ihren Vorstellungen benutzten Schwerter sind 21½ engl. Zoll lang, 1½ breit. Einer derselben hatte sich auch einmal verletzt, hatte heftige Schluckschmerzen und Fieber, konnte nur auf der rechten Seite liegen, erholte sich aber nach etwa 8 Tagen. Dr. M. S.

Berichtigung.

Meine Arbeit: „Ueber den Einfluss der Nerven auf die Secretion der Nasenschleimhaut“ in No. 3 dieser Monatsschrift enthält ein Versehen meinerseits, das Berthold in No. 4 zwar selbst schon berichtigt hat. Es muss heissen: „Die Beobachtungen von Gellé, **Berthold**, Kirchner u. s. w., während **Hayen** den Trigeminusverletzungen diesen Einfluss auf das Ohr abspricht.“ Es ist Hayen also da aufgezählt, wo Berthold hingehört. Ich berichtige dieses hiermit.

Dr. Aschenbrandt, Würzburg.

Inhalt.

I. Originalien: Moldenhauer: Zur Statistik der Erkrankungen des Hörorgans in Folge von Lungentuberculose. — Mandelstamm: Mehrjährige narbige Verwachsung eines Ohreinganges bei bestehender Otitis media suppurativa chronica. — Koehler: Oleum Terebinthinae gegen Fliegenlarven im Ohre. — Voltolini: Ein neues Instrument für Operationen im Kehlkopfe bei Rückwärtsneigung des Kehldeckels. — Baratoux: Laryngo-Phantom. — Woltering: Oedema glottidis. Pilocarpin subcutan. Heilung. — E. Hofmann: Spasmus glottidis. Reflexneurose. — Schmiegelow: Excoriationes narium. — Herzog: Das Cocain bei Nasen- und Halskrankheiten. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bürkner: Ueber das Besserhören bei Geräuschen (Paracusis Willisii). — Ménière: Zwei Fälle einseitiger totaler Taubheit nach Mumps. — Wolf: Zwei Fälle von schwerer Labyrinth-Erkrankung bei Scarlatina-Diphtheritis. — Moos und Steinbrügge: Ueber die histologischen Veränderungen in den Weichtheilen und im knöchernen Gerüst beider Felsenbeine eines tertiär Syphilitischen. — Kipp: Zwei Fälle von gänzlichem Verlust des Gehöres auf einem Ohr in Folge von Mumps. — Fulton: Ein Fall von chronisch-eitriger Mittelohrentzündung mit nachfolgender intracranieller Erkrankung. Doppelseitige Neuritis optica. Vollständige Genesung. — b) Rhino-pharyngo-laryngologische: Jeauselme: Sarcom der Nasenhöhlen. — Trilessky: Fehlen des linken Geruchsnerven. — Cousins: Neuer sich selbst anpassender Zungenhalter. — Mackenzie: Historisches über die Entdeckung des erectilen Gewebes der Nase. — Parker: Entfernung des Hinterstücks und Schraube einer Flinte aus der Nase nach fünf Jahren. — Payne und Semon: Rhinoscleroma. — Kampf: Petrificirte Mandel. — Major: Athmung durch den Muud. — Withe: A case of myxoedema with a post-mortem Examination. — Gerster: Verblutung nach seitlicher Incision eines Retropharyngealabscesses. Zwei Fälle. — Symonds: Ein Fall von bösartiger Speiseröhrenverengerung, eine neue Art permanenten Speiseröhrencatheters zeigend. — Gross: Ein Fall von Schwertverschlucken, Tod durch Verletzung der Speiseröhre, Section, Bemerkungen. — Berichtigung.

Beiträge oder Referate beliebe man an Herrn Prof. Dr. Weber-Liel in Jena einzusenden; ebenso alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive, Separat-Abdrücke und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan, Berlin S. W., Alte Jacobstr. 6.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Burow** (Königsberg i. Pr.), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), DocentDr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart).

herausgegeben von

Dr. Jos. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität, Ohrenarzt d. Allg. Krankenhauses in **Wien**

Dr. J. M. ROSSBACH
o. ö. Prof. d. spec Pathol. u. Therap. u. Vorstand der medicin. Klinik an der Universität in **Jena**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in **München**

Dr. L. v. SCHRÖTTER
Prof. u. Vorstand d. Klinik für Halskrankh. an der Universität in **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität in **Breslau**

Dr. WEBER-LIEL
Prof. f. Ohrenheilk. u. Vorstand d. Ohrenklinik an der Universität in **Jena**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XIX. **Berlin, August 1885.** **No. 8.**

I. Originalien.

Ein Fall von Ausstossung des die oberen zwei Windungen enthaltenden necrotischen Schneckengehäuses mit Genesung des Kranken und nur theilweisem Verluste des Hörvermögens auf dem betreffenden Ohre.

Von

Prof. Dr. **Jos. Gruber.**

Am 31. October v. J. wurde der 14jährige Schneidersohn Samochyl Johann aus Komarow in Mähren auf meine Klinik aufgenommen.

Er gab an, von gesunden Eltern abzustammen, selbst nie eine bedeutende Krankheit, namentlich keine Ausschlagskrankheit, durchgemacht zu haben, aber seit 4 Jahren an linksseitigem Ohrenflusse zu leiden, welchem sich auch periodische Schmerzen im selben Ohre hinzugesellten. Bis jetzt blieb das Ohrleiden ohne ärztliche Behandlung.

Vor ungefähr 5 Wochen bemerkte der Kranke zum ersten Male, dass er das linke Auge nicht vollständig schliessen könne und dass sein Mund sich immer mehr nach rechts ziehe. Diese Lähmungserscheinungen nahmen in der Folge noch zu, es stellten sich jetzt auch im linken Ohre und

hinter demselben heftige Schmerzen ein, weshalb sich der Kranke gezwungen sah, im Krankenhause Hilfe zu suchen.

Patient ist seinem Alter entsprechend entwickelt, mässig genährt, fieberfrei. Die Umgebung des kranken Ohres zeigt keine augenfällige Veränderung. Die oben erwähnte Lähmung des linken N. facialis ist sehr auffällig und verräth sich durch Lagophthalmus, durch Lähmung der mimischen Gesichtsmuskeln der linken Seite, sowie durch Verschiebung der Uvula und Aberration der vorgestreckten Zunge nach rechts.

In der Gegend des Warzenfortsatzes nirgends eine nachweisbare Anomalie. Am Warzenfortsatz selbst etwas grössere Druckempfindlichkeit.

Im knorpligen Theile des linken äusseren Gehörganges zeigen sich, nach Wegschaffung des aus der Tiefe reichlich hervorquellenden eitrigen Exsudates, die Weichgebilde stark geröthet, mässig geschwellt. Der knöcherne Theil des Gehörganges ist von ziemlich derb anzufühlenden polypösen Wucherungen erfüllt. Bei näherer Untersuchung mit der Sonde zeigt sich, dass dieselben in den tieferen Ohrgebilden wurzeln.

Die Untersuchung des mittleren Ohrtheiles mit Hilfe des Katheters und Luftdouche ergiebt, dass die Tuba Eust. gut durchgängig sei, dass aber die Luft die Trommelhöhle nicht passire, daher auch kein Perforationsgeräusch wahrnehmbar war.

Am rechten, vollkommen normalen Ohre hörte der Kranke die Taschenuhr auf 145 Ctm. (nahezu normal); am linken Ohre hingegen nur beim Andrücken an den Warzenfortsatz. Die Stimmgabel hörte er rechterseits ganz normal, links, wenn sie etwas stärker angeschlagen wurde, auch vor dem äusseren Gehörgange gehalten. Vom Scheitel aus hörte er die Stimmgabel rechts; wenn man sie jedoch mehr dem linken Ohre näherte, namentlich wenn sie am Proc. mastoideus oder am Os zygomaticum linkerseits angesetzt wurde, gab der Kranke, so oft man auch den Versuch wiederholte, constant an, sie im linken Ohre zu hören.

Subjective Gehörsempfindungen fehlten ganz.

Unsere Diagnose lautete in der Hauptsache: Otitis media suppurativa chron., Polypi (Caries?).

Dass das Trommelfell perforirt, höchst wahrscheinlich grösstentheils zerstört sei, konnte wohl kaum einem Zweifel unterliegen. Wir nahmen an, dass die Polypen, wahrscheinlich auch Retentionsmassen, derart die tieferen Räume des Ohres erfüllen, dass sie den Eintritt der Luft bei der Luftdouche verhindern, wodurch der Mangel an Perforationsgeräusch erklärlich war.

Unter so bewandten Umständen war es auch eine dringende Aufgabe der Therapie, die Polypen schnellstens zu entfernen, dadurch dem Exsudate und etwaigen Retentionsmassen den Ausgang zu ermöglichen und so den Kranken vor grösserer Gefahr zu bewahren.

In Gegenwart meiner Hörer wurden nun die Polypen mit der kalten Schlinge entfernt. Nachdem dann durch Ausspritzen des Gehörganges ziemlich viel eingedicktes Exsudat und andere Retentionsmassen entfernt wurden, untersuchte ich wieder mit Spiegel und Trichter und entdeckte ganz in der Tiefe einen fremden Körper, der mir, seinem Aeusseren nach, als ein Sequester imponirte. Ich hätte ihn allsogleich mit der Pincette entfernen können, zog aber doch vor, ihn auszuspritzen, um ihn möglichst unbeschädigt zu erhalten. In der That kam auch schon bei der ersten

neuerlichen Entleerung der Spritze mit dem abfliessenden Spritzwasser der in nebenstehender Figur in ungefähr 2½ Mal vergrössertem Maassstabe abgebildete Sequester zum Vorschein. Derselbe stellt die obersten 2 Windungen des Schneckengehäuses dar und wird in meiner Sammlung aufbewahrt.

Nach Entfernung des Sequesters entleerten sich noch ziemlich bedeutende Retentionsmassen mit dem etwas blutig tingirten Spritzwasser, und bei neuerlicher Ocular-Untersuchung konnte das Auge viel tiefer blicken, und wir bekamen jetzt die Gewissheit, dass das Trommelfell grösstentheils zerstört sei und dass die Wurzeln der Polypen in den Räumen des Mittelohres inseriren.

Die Anwendung der Luftdouche nach der von mir geübten Methode war jetzt von starkem Perforationsgeräusch begleitet.

Nun wussten wir ja, dass wir es mit Necrose des Felsentheils zu thun haben, dass das Labyrinth in Mitleidenschaft gezogen sei und mussten, nach den gangbaren physiologischen Anschauungen, die früher über das Hörvermögen seines linken Ohres gemachten Angaben des Kranken ganz und gar bezweifeln. Zu unserem Erstaunen ergab jedoch die neuerliche, mit allen möglichen Cautelen vorgenommene Hörprüfung, dass der Kranke jetzt noch besser als vor der Entfernung des Sequesters hörte. Er hörte jetzt die Taschenuhr links beim Anlegen an das Jochbein und beim Berühren des Warzenfortsatzes. Die Stimmgabel hörte er, gegen den linken Stirnhöcker gestützt, immer rechts, gegen das linke Jochbein und Warzenfortsatz gestützt, constant links. Wurde die tönende Stimmgabel vor den linken Gehörgang gehalten, so hörte er dieselbe, selbst wenn sie mässig stark angeschlagen wurde, und zwar ohne Unterschied auf Tonhöhe.

Es braucht wohl nicht erst erwähnt zu werden, dass wir uns alle Mühe gaben, um uns Gewissheit zu verschaffen. Ich benutzte eine sehr kleine, mit schwachen Zinken versehene Stimmgabel (a^2), wie sie Musiker behufs leichterer Stimmung ihres Instrumentes an der Uhrkette oder in der Tasche zu tragen pflegen. Dieselbe wird durch Annähern und plötzliches Loslassen der freien Zinkenenden mit den Fingern zum Tönen gebracht. Dasselbe dauert nur sehr kurz und kann, wenn die Stimmgabel vor den Gehörgang gehalten wird, selbst bei ausgezeichnetem Hörvermögen, von der anderen Seite aus nie gehört werden. Der Kranke, welcher ein solches Instrument früher nie gesehen, von seiner Existenz keine Ahnung hatte, wurde bei verschlossenen Augen darauf untersucht und gab ganz genau an, auch diesen Ton auf dem linken Ohre zu hören. Er ahmte den Ton nach, obwohl das rechte Ohr fest verstopft war, und irrte sich nur in seinen Angaben, wenn wir zur Controle das Instrument abwechselnd zum Tönen brachten oder blos durch Handbegungen vor seinem Gehörgange ihn zu täuschen versuchten.

Um unserer Sache vollends sicher zu sein, stellten wir unzählige Male den von mir in der letzten Nummer dieser Monatsschrift beschriebenen Hörversuch an.*) Constant gab der Kranke an, die gegen den den Ge-

*) S. Monatsschr. f. O., 1885, No. 2: „Zur Hörprüfung." — Bei dieser Gelegenheit erlaube ich mir, einige in diesem Aufsatze vorkommende Druckfehler richtig

hörgang abschliessenden Finger gestützte Stimmgabel im kranken linken Ohre zu hören. Mässig laut gegen dieses Ohr gesprochene Worte hört der Kranke bei verstopftem rechten Gehörgang ganz gut, und mit Hilfe des Hörrohres versteht er selbst in der Flüstersprache in das linke Ohr gesprochene Worte genau und spricht sie nach.

Unsere Behandlung war die in solchen Fällen gewöhnlich geübte: Reinigung, Luftdouche, antiseptische Mittel (Jodoform, Borsäure) führten zum Ziele. Die Schmerzen hörten sehr bald auf, und schon am 6. Tage nach der Entfernung des Sequesters konnte man eine Abnahme der Lähmungserscheinungen in den vom Nervus facialis innervirten Gebilden wahrnehmen. Wir hatten den Kranken bis zum 23. Februar l. J. in Beobachtung. Als wir ihn an diesem Tage entliessen, hatte die Otorrhoe schon mehr als 3 Wochen ganz aufgehört, die Polypen waren geschwunden, die Schleimhaut der inneren Trommelhöhlenwand noch geröthet, etwas geschwellt, an Stelle des Promontoriums eine Vertiefung wahrnehmbar. Ein kleiner Rest des Trommelfells, am oberen Abschnitte des inneren Randes vom äusseren Gehörgange haftend, zeigt ein dem kleinen Fortsatze entsprechendes Gebilde, der Hammergriff fehlte ganz. Die Hörprüfung ergab noch am letzten Tage die früher erwähnte Hörfähigkeit des linken Ohres. Ueber die Schallrichtung konnte sich der Kranke genau orientiren.

Ich verzeichne hier den Fall ohne weiteren Commentar, und will nur noch die Bemerkung daran knüpfen, dass mir aus der Literatur noch zwei andere Fälle erinnerlich sind, welche ihm an die Seite gestellt werden können. Einen derselben beobachtete Dr. Cassels in Glasgow. Eine 36jährige Frau war vor 1 Jahre links und vor 6 Monaten rechts von eitriger Entzündung des Mittelohres befallen. Im April 1873 war die Hörweite für die Uhr beiderseits = 0, für die Stimmgabel vermindert. Im October selben Jahres wurde die halbnecrotische linke Schnecke aus dem Gehörgange gezogen. Das Gehör war nach Entfernung des Sequesters besser. Die Uhr wurde jetzt auf $^1/_2$" Entfernung gehört und auch alle Töne am Piano wurden percipirt. Ende November war das Trommelfell vernarbt und es blieb die Hörverbesserung anhaltend.

Dr. Christinnek publicirte im Jahre 1882 in seinem Berichte aus der Poliklinik in Halle einen Fall, wo bei einem 54 Jahre alten Manne nach ungefähr 13wöchentlicher Dauer einer schmerzhaften eitrigen Entzündung im rechten Ohre Lähmung des rechten N. facialis eintrat. Der Kranke hörte die Uhr auf dem erkrankten Ohre gar nicht, die Stimmgabel vom Scheitel beiderseits gleich. Die Lähmung der Gesichtsnerven war nach ungefähr 4wöchentlicher Dauer wieder geschwunden. Nachdem die Krankheit ungefähr 5 Monate bestand, wurde am 7. Januar 1880 die necrotische Schnecke aus dem rechten Ohre mit der Pincette entfernt. Ein Hörversuch mit der Stimmgabel (C) ergab, dass der Kranke sie vom Scheitel beiderseits gleich hörte.

Am 2. Februar war die Eiterung geheilt. Die C-Stimmgabel hörte

---

zu stellen: S 34 soll es heissen statt „C-Stimmgal" Stimmgabel; Zeile 17 von unten statt „den verschliessenden Eingang" dem den Gehörgang verschliessenden Finger.

der Kranke vor dem rechten Ohre nicht, vom Scheitel hörte er sie rechts stärker, trotz fehlender Schnecke.

Diese Fälle sind wohl geeignet, die bis jetzt gangbaren Lehren über die Bedeutung der Labyrinthgebilde für das Hören bedeutend zu erschüttern. — Es unterliegt für mich keinem Zweifel mehr, dass partielle Erkrankungen des Labyrinthes, selbst wenn sie bis zur Zerstörung der einzelnen Abschnitte jener Gebilde führen, die wir als schallempfindende auffassen, nicht totale Taubheit veranlassen müssen.

Beitrag zur antiseptischen Behandlung der Ohreneiterungen.

Von

Dr. **W. Kirchner,** Docent der Ohrenheilkunde in Würzburg.

(Aus der otiatr. Univ.-Poliklinik.)

Bei den verschiedenen Entzündungsprocessen des äusseren und mittleren Ohres ist es bekanntlich oft mit Schwierigkeiten verbunden, das eitrige oder schleimig-eitrige Secret genügend zu entfernen. Es entstehen dadurch häufig Eiterretentionen in der Tiefe, die zu heftigen Schmerzen Veranlassung geben, ferner besonders bei Kindern mit zarter Haut Röthe und Erosionen am Ohreingange, die der Anwendung von Arzneistoffen viele Hindernisse in den Weg legen.

Bei profusen Eiterungen aus dem Ohre ist es daher wichtig, durch öfteren Wechsel von Wattetampons, die mit antiseptischen Arzneistoffen getränkt sind und das Secret leicht einsaugen, den Gehörgang trocken zu erhalten. Diese Manipulation, welche man gewöhnlich den Angehörigen selbst überlassen muss, wird aber oft nicht richtig ausgeführt, da die zusammengerollte Watte selten genügend tief in den Gehörgang vorgeschoben werden kann.

Um diesem Uebelstande zu entgehen, bringe ich seit längerer Zeit dünne Schnüre von etwa 2 Mm. Dicke und von der Beschaffenheit der bekannten weichen Gardinenschnüre, die mit einer antiseptischen Arzneilösung imprägnirt sind, in den Gehörgang und lasse dieses Verfahren auch von den Angehörigen ausführen.

Besonders vortheilhaft erwiesen sich mir die mit der Maas'schen Glycerin-Kochsalz-Sublimatmischung getränkten Schnüre, da durch diese Imprägnirungsweise die Hydrophilie der Baumwolle in bedeutendem Grade erhöht wird. Genauere Angaben über die Zubereitung dieses Verbandmittels, das auf der chirurgischen Klinik in Würzburg mit dem besten Erfolge angewendet wird, hat Hoffa (Breslauer ärztliche Zeitschrift 1885, No. 2, über Mamma-Amputationen unter dem antiseptischen Dauerverband) kürzlich mitgetheilt.

Auch an Stelle von Drainageröhren können diese Sublimatschnüre bei Operationen am Warzenfortsatze sowie auch an anderen Theilen des Körpers, ferner bei Fisteln Anwendung finden. Abgesehen von dem therapeutischen Vortheile wird dadurch sowohl für den Arzt, als auch für den Patienten, da er sich selbst ein hinreichend langes Stückchen dieses Verbandstoffes leicht zu jeder Zeit einführen kann, eine Zeitersparniss erzielt.

Die bekannte Fabrik antiseptischer Verbandstoffe von Paul Hartmann in Heidenheim (Württemberg) hatte die Freundlichkeit, die genannten antiseptischen Schnüre in verschiedener Stärke, für einen engeren oder weiteren Gehörgang passend, anzufertigen.

Ueber Nasenpolypen.

Von

Dr. **Hopmann,**

d. Arzt einer Abtheilung für Nasen- und Halskranke im St. Vincenzhause zu Cöln.

(Fortsetzung aus No. 6.)

II. Zur relativen Frequenz der verschiedenen Arten von Nasenschleimhautpolypen.

Seitdem ich über die in meine Behandlung eintretenden Patienten mit Nasenpolypen genauere Notizen führe und die feinere Structur der entfernten Geschwülste nach ihrer Härtung in Weingeist oder Chromsäure zu untersuchen pflege, habe ich bis heute (Ende Juni 1885) 257 verschiedene Personen mit gutartigen Nasenpolypen verzeichnet, von denen 248 ausschliesslich Geschwülste der im vorigen Abschnitte näher bezeichneten 3 Arten (Schleimpolypen, polypoide Hyperplasien, Papillome) und die übrigen Geschwülste aufwiesen, welche an und für sich in Bezug auf Gutartigkeit zweifelhafter Art sind, jedoch durch das Ausbleiben von Recidiven nach ihrer Entfernung als nicht bösartige für die betreffenden Patienten sich herausstellten (harte Nasenrachenfibrome, Sarcome, Blumenkohlgewächs). Letztere, sowie zahlreiche maligne Tumoren der Nasenhöhle aus dem Bereiche meiner Praxis lasse ich in Folgendem ausser Acht, da ihr Ausgangspunkt nur in seltenen Ausnahmefällen die Schleimhaut selbst ist, und ich nur die von letzterer ausgehenden gutartigen Neubildungen, welche man gewöhnlich Nasenpolypen nennt, zu einander in Vergleich setzen will. Die adenoiden Tumoren des Nasenrachenraums, welche Chiari u. A. ebenfalls zu den Nasenpolypen rechnen, schliesse ich selbstredend hier aus, da sie niemals ihre Insertion in der Nasenhöhle selbst haben, sondern nur dadurch mit letzterer in Verbindung treten, dass sie von der dem Rachenraume angehörigen Umrandung der Choanen bezw. vom Gewölbe aus in die Choanen hineinwuchern oder dieselben nach Art eines Vorhanges verdecken.

Alter	männlich	weiblich	insgesammt	Schleimpolypen	polypoide Hyperplasien	Papillome	Summa
1—20	17	5	22	15 (1)*	5 (4)	7 (1)	27
20—30	40	26	66	34 (4)	31 (6)	13 (3)	78
30—40	40	24	64	35 (1)	32 (9)	7	74
40—50	37	11	48	27 (1)	24 (8)	9 (3)	60
50—60	20	9	29	19 (1)	13 (7)	4	36
60—72	13	6	19	17	2	3 (2)	22
	167	81	248	147 (8)	107 (34)	43 (9)	297

*) Die eingeklammerten Zahlen bezeichnen die Fälle, wo die Schleimpolypen etc. gegenüber den anderen Polypen an Zahl und Grösse erheblich zurückstanden, also nebensächlich vorhanden waren.

Aus dieser Uebersicht geht zunächst wieder bestätigend hervor, was schon oft bemerkt worden ist, dass der Mann, wohl in Folge seiner im Vergleich zur Frau äusseren Schädlichkeiten mehr ausgesetzten gesellschaftlichen Stellung, in erheblich höherem Grade der Erkrankung an Nasenpolypen unterworfen ist, als die Frau. Die Zahl der männlichen Fälle in der Tabelle beträgt mehr als das Doppelte der weiblichen. Aus dieser Thatsache darf wohl auch der Schluss gezogen werden, dass es Entzündungszustände (Catarrhe) der Schleimhaut sind, welche, wenn auch nicht das ursächliche, dann doch das veranlassende Moment abgeben für den Ausbruch der schlummernden Disposition zu Neubildungen der Schleimhaut, womit manche Individuen (wohl hereditär) behaftet sind. Wenn wir sehen, dass die grössere Zahl der Fälle der Zeit vom 20. bis zum 40. Lebensjahre angehört (130 von 248), so wird man geneigt sein, diesem Lebensalter eine höhere Fähigkeit für die Production von Polypeu zuzuschreiben. Ohne Zweifel verhält es sich jedoch hiermit ähnlich, wie mit der Tuberculose der Lunge, betreffs welcher die neuere Statistik den Nachweis erbracht hat, dass ihre Mortalität mit zunehmendem Alter steigt. Würde man die Zahl der in den einzelnen Alterscategorien Lebenden zu der Zahl der resp. Polypenfälle in Vergleich setzen, so würde sich zweifelsohne ergeben, dass die Neigung zu Polypenerkrankung mit zunehmenden Jahren nicht erlöscht, sondern eher noch sich steigert. Allerdings darf dann nicht ausser Acht gelassen werden, dass die angeführten Alterszahlen nur das zufällige Lebensalter bezeichnen, in welchem die betreffenden Kranken in Behandlung kamen. Das Lebensalter auch nur mit annähernder Sicherheit anzugeben, in welchem die Polypen entstanden, halte ich für unmöglich, da, abgesehen von der Unzuverlässigkeit der Angaben vieler Kranken und abgesehen von den geringen oder fehlenden Beschwerden im Beginne der Erkrankung, die Schnelligkeit des Wachsthums der Polypen offenbar eine ausserordentlich verschiedene ist und manche Kranke wohl dann erst belästigt werden, wenn die Polypen nach längerem Verharren auf einer niedrigen Entwickelungsstufe langsam oder plötzlich erheblich zu wachsen beginnen. Bei einigen Fällen lehrt die Beobachtung unzweifelhaft, dass Polypen auf einer gewissen Stufe ihrer Grössenentwickelung lange Zeit verweilen können. So finde ich bei einer 67jährigen Dame mit beiderseitigen zahlreichen Schleimpolypen die Notiz, dass sie schon 21 Jahre früher wegen ihrer damals schon seit Jahren bestehenden Verstopfung der Nase den Geh.-Rath Fischer vom hiesigen Bürgerhospitale consultirt hatte und dass dieser Nasenpolypen als Grund des Leidens diagnosticirte, dass sich aber Patientin nicht zur Operation habe entschliessen können. Auch später habe sie sich niemals operiren lassen. Aehnliche Notizen finde ich wiederholt. Für die Mehrzahl der Nasenpolypen ist jedoch ein progressives Wachsthum Regel, so dass bei vielen Patienten die Tumoren an den vorderen und hinteren Nasenöffnungen hervorwachsen und ich einmal einen 60jährigen, schon seit wenigstens 12 Jahren an Nasenverstopfung laborirenden Patienten zu operiren hatte, bei welchem ein Polyp von erstaunlicher Grösse, an der Oberfläche ulcerirt und eiternd, auf der Zunge bis dicht hinter den Schneidezähnen auflag. Derselbe war 4 Tage vorher plötzlich in Folge von Würg- und Hustenbewegungen an diese Stelle gerathen und seitdem konnte Patient weder essen noch sprechen. Wahrscheinlich hatte der Polyp, der sich bei

späterer Untersuchung als ein Schleimpolyp herausstellte, schon seit Jahren an der hinteren Rachenwand bis tief zum Aditus laryngis oder Oesophagei hinunter gehangen und war nun plötzlich gewissermaassen luxirt worden. An derartigen Fällen tritt uns das langsame, doch stetige, zu keinem typischen Abschlusse kommende (Billroth) Wachsthum der „Geschwulst", wodurch dieselbe in einen gewissen Gegensatz zur entzündlichen Neubildung tritt, mit überzeugender Deutlichkeit entgegen. Was den Antheil des Kindesalters an der Polypenbildung betrifft, so verweise ich auf den folgenden Abschnitt.

Weiter ergiebt die Tabelle das überwiegende Vorkommen der Schleimpolypen über die polypoiden Hypertrophien (s. polypösen Hyperplasien) und wiederum dass letztere gewöhnlicher sind, als Papillome; ferner dass bei den 248 verschiedenen Personen 297 verschiedene Arten der Polypen vorkamen; demnach hatten 49 Patienten gleichzeitig p. Hypertrophien und Schleimpolypen, oder p. Hypertrophien und Papillome oder letztere und Schleimpolypen. Das hierauf bezügliche Nähere ergeben folgende Zusammenstellungen. Es fanden sich:

1) ausschliesslich Schleimpolypen	bei 108	Personen	= 44 %
überwiegend S. u zwar combinirt mit p. Hypertrophien	„ 25	„	
„ „ „ „ „ Papillomen . .	„ 6	„	
ausschliesslich und überwiegend also Schleimpolypen .	„ 139	„	= 56 %
dazu noch nebensächlich Schleimpolypen bei überwiegend polypoiden Hypertrophien	„ 6	„	
dazu noch nebens Schleimp. b. überwiegend Papillomen	„ 2	„	
im Ganzen also	„ 147	„	= 60 %
(ausserdem waren mehrere Fälle von harten Fibromen und 1 Fall von Blumenkohlgewächs [Pflasterzellkrebs, papill. Epitheliom] mit Schleimpolypen complicirt.)			
2) ausschliesslich polypoide Hypertrophien . . .	bei 63	Personen	= 24 %
überwiegend p. H. und zwar combinirt mit Schleimpolypen	„ 6	„	
„ „ „ „ „ Papillomen . .	„ 4	„	
ausschliesslich und überwiegend polyp. Hypert. also .	„ 73	„	= 30 %
dazu noch nebensächlich p. H. bei überwiegend Schleimpol.	„ 25	„	
„ „ „ „ „ „ Papillomen	„ 9	„	
im Ganzen also	„ 107	„	= 43 %
3) ausschliesslich Papillome	bei 22	Personen	= 8 %
überwiegend P. und zwar combinirt mit polypoid. Hypert.	„ 9	„	
„ „ „ „ „ Schleimpolypen .	„ 2	„	
ausschliesslich und überwiegend Papillome	„ 33	„	= 13 %
dazu noch nebensächlich P. bei überwieg. Schleimpolypen	„ 6	„	
„ „ „ „ „ „ polyp. Hyert.	„ 4	„	
im Ganzen also	„ 43	„	= 17 %

Als häufigste Combination findet sich demnach die von Schleimpolypen mit polypoiden (s. polypösen) Hypertrophien (s. Hyperplasien).

III. Ueber die relative Häufigkeit der Nasenpolypen bei Kindern.

Nasenpolypen bei Kindern gelten für grosse Raritäten. Deshalb wurde vor nicht langer Zeit der Fall einer Polypenoperation bei einem 13jährigen Knaben in einem amerikanischen Journale veröffentlicht (Fletcher Inglas, Nasalpolypus occuring in a patient thirteen years of age) und der Referent dieses Falles im Internationalen Centralblatte für Laryngologie etc. (Febr. 1885) Lefferts bemerkt dazu ausdrücklich:

„Mit Rücksicht auf das äusserst seltene Vorkommen solcher Gewächse bei Patienten unter 16 Jahren ist dieser Fall von Interesse.“ M. Mackenzie (Krankh. des Halses und der Nase, deutsch von Semon, Berlin 1884) sagt wörtlich: „Die jüngste Patientin, die ich gesehen habe, war ein 16jähriges Mädchen, der jüngste männliche Patient war 17 Jahre alt. In der medicinischen Literatur finden sich Beispiele von viel jüngeren Patienten; doch glaube ich, dass in fast allen diesen Fällen die Neubildungen bösartig oder fibröser Natur waren. Indessen hat Mason einen Fall von einem 12 Jahre alten Knaben berichtet, bei welchem er mehrere grosse Polypen entfernte.“ In der Tabelle A giebt Mackenzie das Alter der 200 bis dahin von ihm beobachteten an Nasenpolypen Leidenden an, aus welcher zu ersehen ist, dass 9 männl. und 7 weibl. Patienten 16—20 Jahre alt waren. Diese Angaben verdienen um so mehr Beachtung, als M. besonders hervorhebt, dass er bei allen Patienten so genau als möglich das Alter eruirt habe, in welchem die Polypenbildung ihren Anfang genommen. Semon bemerkt ebenfalls, dass er von der grossen Seltenheit der Schleimpolypen bei Individuen unter 16 Jahren überzeugt sei. Indessen fügt er hinzu, dass Ausnahmen unzweifelhaft vorkämen und theilt dann als Beweis dafür den Fall eines 12jährigen Knaben mit, welchen er selbst in jüngster Zeit an Nasenpolypen behandelt habe: „der Polyp erwies sich als solitär.“ Auch Schech (Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Wien, 1885) sagt: „auffallend bleibt nur, dass trotz der grossen Häufigkeit der Nasencatarrhe im Kindesalter Neubildungen vor dem 15. Lebensjahre nur ausnahmsweise beobachtet werden“ (pag. 219).

Aus folgender Zusammenstellung meiner Beobachtungen wird sich ergeben, dass die bisherige Meinung von der ungemeinen Seltenheit des Vorkommens von Nasenpolypen, speciell von Schleimhautpolypen (im Gegensatze von „fibrösen“ Polypen i. e. harten Nasenrachenfibromen) im Alter unter 15 Jahren nicht aufrecht erhalten werden kann. Nach meiner Ueberzeugung wird mit der zunehmenden Gewöhnung von Seiten der Aerzte und Laien, auch Nasencatarrhen der Kinder Beachtung zu schenken, und in Folge der hieraus sich ergebenden Zunahme sachgemässer Untersuchungen der kindlichen Nase eine weit grössere Neigung der letzteren zur Production von Neubildungen, als bisher angenommen wurde, erkannt werden und deren relative Seltenheit ebenso schwinden, als die von vielen Aerzten bis vor wenigen Jahren für die meisten Gegenden und Länder unterstellte Seltenheit des Vorkommens adenoider Tumoren im Rachengewölbe nunmehr der Erkenntniss von der Ubiquität und Frequenz dieses Uebels gewichen ist. Wie übrigens aus der Tabelle ersichtlich ist, kommen die adenoiden Geschwülste des Nasenrachenraumes und Schleimpolypen nicht selten combinirt vor, worauf ich nicht unterlassen will, hier besonders aufmerksam zu machen (Fall 3, 4 und 7). Was das Alter der Patienten angeht, so war der jüngste der zur Beobachtung gekommenen Patienten 7 Jahre alt. Es verdient aber bemerkt zu werden, dass bei fast allen Patienten die Anamnese ein jahrelanges Bestehen des Nasenleidens ergab, so dass die Wahrscheinlichkeit eines sehr frühen Beginnes der Polypen vorliegt. Indessen ist es wohl unmöglich, über den Umstand Klarheit zu gewinnen, ob die Schleimpolypen gelegentlich angeboren, oder in dem Alter vor dem ersten Zahnwechsel vorkommen. Die adenoiden

No.	Name	Wohnort	Trat in meine Behandlung am	Damals alt Jahre	Die Untersuchung ergab	Die Krankheit bestand damals
1	Friederike Wiedemann.	Köln.	3. Jan. 1877	11	Cavernöse Tumoren der vord. Enden beider untern Muscheln, beiders. bes. rechts die Nasenöffnungen compl. verstopfend u. als blaurothe, pralle Wülste daraus hervorrag.	7 Monate.
2	Fritz Puwelle.	Gütersloh.	8. Jan. 1881	7	Stenose der Nase und der N. R. R. durch Geschwülste, welche theils per Rhinoscop. ant. als gallertige Polypen, theils p. Rhinosc. post. als derbe, hinter den Choanen befindliche und den N. R. R. theilweise ausfüllende Tumoren erkannt wurden.	Mehrere Jahre.
3	Ernst Erbarth.	Köln.	30. Dec. 1881	9	Complete Verstopfung beider Nasenhälften durch zahlreiche, von vorn sichtb. gallertig-transparente Polypen und durch die Choanen verengende adenoide Tumoren des N. R. R. mittelschwerer Entwickelung.	Wahrscheinlich vom ersten Lebensjahr an.
4	Anna Conrad.	Köln.	29. Sept. 1883	13	Stenose beider, vorzügl. aber der rechten Nasenhöhle in Folge von adenoiden Tumoren des Rachendaches mittlerer Entwickelung und eines grossen, an der rechten Choane herausgewachsenen, dagegen von vorn nicht erkennbaren Polypen.	Seit Jahren. — Verschlimmerung seit Eintritt der Menstruation vor einviertel Jahr.
5	Johann Fochem.	Köln.	12. Mai 1884	14	Nase beiders. völlig obturirt durch zahlreiche bis in die äusseren Oeffnungen (Naslöcher bez. Choanen) hinein- u. herausgewucherten durchscheinenden Polypen.	Mehrere Jahre.
6	Richard Blume.	Deutz.	26. Nov. 1884	10	Permanent fliessender Schnupfen mit heftigen Niess- und Hustenattaquen, Thränenträufeln u. Lichtscheu bei steter Verstopfung beider Nasenseiten durch zahlreiche Polypen der mittlern und untern Muscheln.	Von den ersten Lebensjahren an, Verschlimmerung seit 2 Jahren.
7	Joseph Bach.	Deutz.	4. Jan. 1885	12	Stenose der Nase beiders. durch adenoide Tumoren des N. R. R. mittlerer Stärke u. durch zahlreiche weiche Polypen beider oberen Nasenabschnitte.	circa 5 Jahre.
8	Adolph Zimmer.	Köln.	19. Mai 1885	14	Verengung der Nase, Epiphora, Stirnkopfschmerzen, Kurzathmigkeit, Halsverschleimung, nächtl. Schnarchen, allg. Schwäche durch Polypen d. beid. unt. Muscheln, welche bis in die Nasenlöcher heraushängen.	Seit Jahren.
9	Lothar von Schuler.	Boppard	20. Mai 1885	9	Verstopfung der Nase, Athemnoth, Nasenbluten, Kopfschmerz, Verschleimung, Husten u. Schwerhörigkeit durch allg. Rhinit. chron. mit einzelnen Polypen der r. mittlern Concha u. Gaumenmandelschwellung. Keine adenoide Tumoren des N. R. R.	Vom 2. Lebensjahr an.

Behandlung	Die Untersuchung der operirten Nasenpolypen ergab	Ausgang
Einzwängen d. beöltenKleinfingers zwischen Tumor u. Septum unter erheblicher Compression d. erstern, Wiederhol. dieser Procedur 8 Tage später, da mittlerweile die Geschwülste an Umfang verloren hatten.		Vollständ. Heilung durch d. Hausarzt u. durch d. Vater d. Pat. spät. als defin. bestät.
Am 12. Januar 1881 in Narcose Zurückklappen der Nase (nach Chassaignac-Verneuil-v. Bruns). Einbringen der galv. Schlinge von vorn, Umlegen derselben um die Basis der grössten Geschwulst, unter Mitwirkung des hinter das Velum bzw. in die rechte Choane eingeführten Zeigefingers linker Hand; langsames Abglühen des Tumors, der vom Rachen aus entfernt wurde. Wiederanheftung der Nsse durch 12 Suturen. Entfernung der letzteren am 19. Januar. Abquetschen bzw. Abglühen mehrerer einzelner Polypen.	Der grösste Polyp, dessen Basis mehrere Qctm. gross war, zeigte eine grössere (4 Ctm. lange, 2-3 Ctm. breite u. dicke) Abtheilung, welche in d. N. R. R. hineinragte u. eine theilw. papillär beschaffene Oberfläche hatte, auf dem Durchschnitt knirschend; micr. Untersuchung ergiebt hartes Fibrom (Nasenrachenfibrom): gewundene elast. u. fibrilläre Fasern, erweit. Gefässe, welche die Geschwulst ausschliesslich bilden; die kleinere von d. Basis ausgehende vord. Abthlg. (3,5 Ctm. l. .2,5 b. ,0,5 dick) ist kürbiskernartig platt, transparent u. erweist sich histologisch als oedematöses, weiches Fibrom, als wahrer Schleimpolyp. Ausserdem ein haselnussgr. hartes Fibrom u. mehrere bohnengr. Schleimpolypen.	Auf Anfrage bei dem Hausarzte des Patienten, Hrn. Dr. Schlüter, erhielt ich dd. 15. 2. 83 die Antwort: „Der von Ihnen operirte F. P. ist wohl als defluitiv geheilt zu betrachten, da sich bis heute keine Spur von Recidiv gezeigt hat."
Radicaloperation d. adenoiden Tumoren in Narcose am 5. Jan. 82. Entfernung von ca. 40 erbsen- bis haselnussgr. Polypen, die grösstentheils von d. mittl. Muschel beiders. ausgegangen, vor u. nach in den folg. Wochen u. Monaten per kalter Schlinge.	Schleimpolypen.	Pat. kam unregelm. u. blieb schliessl. vor vollst. Entfernung aller Pol. aus d. Behandlung aus. Wahrscheinlich später Recidive von Schleimp.
Radicaloper. der aden. Tumoren in Narcose am 30. Sept. Am 6. Oct. (ohne Narcose) Entfernung der Polypen vermittelst kalt. Schlinge, welche von vorn klein neben d. Polypen eingebracht im N. R. R. von dem hint. d. Velum heraufgeführt. Zeigefinger l. H. angezog. u. um den Körper d. Polyp. herumgelegt wird. Da das Heraufschieben d. Schlinge bis zur Basis misslingt, so wurde der Polyp nicht durchschnitten, sondern durch Drehen und Reissen von seiner Insertion abgelöst. Es fliesst dabei viel Serum aus.	Grosser solitärer, erheblich cystöser Schleimpolyp. Die grosse in der Basis befindliche Cyste abgerissen. Eine im Körper des Polypen befindliche Cyste kirschkerngross. Polyp hat eine Länge von über 4 Ctm.	Heilung; noch Ende 1884 ohne Recidiv.
Ausser zahlreichen erbsen- bis kirschgrossen und kürbiskern- bis knackmandelgrossen Polypen wird rechterseits von der mittleren Muschel ein 6 Ctm. langer und entsprechend dicker transparenter Polyp in der bei No. 4 beschriebenen Weise an der Basis abgerissen.	Schleimpolypen, der grosse erheblich cystös entartet, mit z. Th. haselnussgrossen cyst. Hohlräumen.	War b. z. 25. Febr. 85 ohne Rec. Am 17. Juni zeigten sich wieder beiders., besonders r. grosse Schleimpol., welche entf wurden.
Herausnahme zahlreicher (30-40) gallertig-weicher Polypen der mittlern Muscheln u. deren Nachbarschaft per kalter Schlinge, sowie von Papillomen der rechten unteren Muschel per galvanocaustischer Schlinge.	Schleimpolypen und Papillome.	Ende März 85 vorläufig geheilt. Definitives Resultat noch ausstehend.
Radicaloperation der adenoiden Tumoren in Narcose am 15. Jan. Successive Herausnahme der Schleimpolypen bis an 30 Stück per kalter Schlinge von den mittlern Muscheln und dem Nasendache.	Schleimpolypen.	Noch in Behandlung.
Abschnüren zahlreicher Tumoren polypöser Art in der Grösse eines Kirschsteins bis einer Haselnuss, von der rechten und linken unteren Muschel, und eines gallertigen Polypen von der linken mittleren Muschel von Bohnengrösse.	Papillome, 1 Schleimpolyp.	Noch in Behandlung.
Entfernung der Gaumenmandeln und Herausnahme von 8 Schleimpolypen von circa Mandelkerngrösse.	Schleimpolypen.	Vorläufig als geheilt entlassen.

Vegetationen kommen ohne Zweifel in vielen Fällen angeboren vor, bzw. entwickeln sich in den ersten Lebens-Monaten und -Jahren. Sind diese Geschwülste vorhanden, so ist die gewöhnlichste Complication eine allgemeine Rhinitis, deren oftmalige Steigerungen zu serösem und schleimigeitrigem Ausflusse führen. Dass auf diesem Boden Schleimpolypen bei allen solchen Individuen leicht entstehen können, welche eine immanente Anlage für solche Neubildungen besitzen, ist begreiflich und in dieser Beziehung sind die Fälle 3, 4 und 7 besonders lehrreich. Es lässt sich jedoch nur ausnahmsweise eine genauere Uebersicht über das Innere der Nase vor der zweiten Dentitionsperiode gewinnen, was seinen Grund in der relativen Enge der Nasengänge in den ersten Lebensjahren hat, abgesehen von der Schwierigkeit, eine richtige Beleuchtung der engen Spalten bei der Unruhe ganz kleiner Kinder zu gewinnen. Nach meiner Beobachtung ist es dagegen durchschnittlich nach dem ersten Zahnwechsel sehr gut möglich, die kindliche Nase zu durchforschen; es scheint, dass der Zahnwechsel mit der Entwickelung der Nasenhöhlen in einem ursächlichen Zusammenhange steht oder den Anstoss dazu giebt. Somit wird es begreiflich, dass sichere Diagnosen von (weichen) Schleimpolypen vor dem 7. Lebensjahre kaum vorkommen dürften.

Von den in umstehender Tabelle erwähnten 9 Kindern wiesen also 8 Schleimpolypen auf, und zwar eines in Verbindung mit einem harten Fibrom der Schädelbasis und 2 in Complication mit Papillomen. Die 9 Fälle vertheilen sich auf 247 Patienten (in der in Abschnitt II mitgetheilten Tabelle von 246 Personen ist der Fall Fritz Puwelle [No. 2] nicht enthalten, weil hier das harte Nasenrachenfibrom die Hauptsache war), geben also einen Procentsatz von 3 — 4. Indessen sind, streng genommen, noch mehrere von den nach Abrechnung der 9 Fälle übrig bleibenden 236 hinzuzurechnen. Zunächst ein 11jähriges Mädchen Eva Simons, welches an scrophulöser Ozaena stärksten Grades mit erheblichem Substanzverluste des Septums und Muschelatrophie litt. An den Rändern des Defectes befanden sich mehrere Polypen von z. Th. fingerförmigem Aussehen und circa $1^1/_2$ Ctm. Länge. Dieselben erwiesen sich z. Th. als polypoide Hypertrophien, z. Th. als Papillome. Wegen des wahrscheinlich entzündlichen Ursprungs dieser Tumoren habe ich den Fall oben nicht angeführt. Ferner wären noch hinzuzurechnen 7 Patienten im Alter von 15—19 Jahren, welche ausnahms- und zweifellos ihre Polypen schon im Alter unter 15 Jahren hatten, nämlich ein 15jähr. Mädchen mit glatten, polypoiden Hyperplasien der hintern Enden beider unteren Muscheln (und adenoiden Tumoren des Rachendaches); 2 junge Leute von 16 Jahren mit Papillomen der unteren Muscheln (der eine nur rechterseits ausserordentlich reichlich gewucherte, der andere einzelne beiderseitige Papillome zeigend); 3 junge Leute von 17 Jahren mit multiplen und zum Theil sehr grossen Schleimpolypen beiderseits und endlich ein Mädchen von 19 Jahren mit zahlreichen und grossen Papillomen beider unteren Muscheln. Unter Hinzunehmen dieser würde die Zahl der im Alter von unter 15 Jahren an Nasenpolypen Leidenden aus dem Kreise meiner Beobachtungen sich auf 7 pCt. erhöhen, eine Zahl, welche Beachtung beansprucht. Aber auch die im Alter von unter 15 Jahren in die Behandlung eingetretenen 3—4 pCt. können füglich nicht seltene Vorkommnisse genannt werden.

Einige Bemerkungen über zwei Fälle von Herpes laryngis.

Von

E. M. Stepanow in Moskau.

Diese ziemlich seltene Krankheitsform, die bis jetzt keine gebührende Stelle in der Kehlkopfs-Pathologie eingenommen hat, ist an sich von geringerer Bedeutung und setzt den Kranken keiner Gefahr aus. Aber sie ist von Wichtigkeit für den Laryngologen, hauptsächlich in diagnostischer Beziehung, denn sie kann diagnostische resp. prognostische Irrthümer verursachen.

In den meisten Fällen, wie es aus der Literatur ersichtlich, erscheint Herpes laryngis nach dem Austreten von Herpes auf der Haut oder in dem Rachen; hier ist die Diagnose leicht. Aber es kommen auch Fälle vor, wo Herpes nur den Kehlkopf angreift (s. z. B. meinen 1. Fall), oder derselbe auf der Haut nach dem Erscheinen im Kehlkopfe ausschlägt (z. B. Fall von Mayer*); oder endlich sich im Kehlkopfe entwickelt zu der Zeit, wo der Hautausschlag schon fast vorüber ist (wie in meinem 2. Fall).

Aehnliche Variationen können die grössten Schwierigkeiten für die Diagnose darbieten, besonders, wenn die characteristischen Kennzeichen des herpetischen Ausschlages wenig ausgeprägt sind.

Ich halte es für überflüssig, Aetiologie, Symptomatologie und den Verlauf der Krankheit zu beschreiben, denn, mutatis mutandis, Larynxherpes unterscheidet sich nicht von dem der Haut. Die subjectiven Symptome sind ausschliesslich von der Lage des Ausschlags auf verschiedenen Territorien der Kehle bedingt.

In der Literatur ist schon auf die Möglichkeit der Verwechselung cum Lue und Diphtheria hingewiesen. Ich muss die Möglichkeit der Verwechselung mit Croup resp. Diphtheritis besonders hervorheben, wie das mein 2. Fall am besten beweist.

1. Fall. S. Iw., 48 Jahre alt, Arbeiter, trat in's Krankenhaus am 7. April d. J. wegen Schluckschmerzen und Husten. Vor sechs Tagen fühlte der Kranke plötzlich einen stechenden Schmerz im Halse ohne augenscheinliche Ursache. Der Husten dauerte ungefähr 2 Jahre. Temperatur normal. Bei laryngoscopischer Untersuchung am 8. April fand ich Folgendes: chronische Pharyngitis; der linke Aryknorpel ist mässig geschwollen und geröthet; auf seiner inneren Fläche sieht man drei kleine grauweisse mohngrosse Flecken auf dem gerötheten Untergrund; auf der hinteren Fläche des Kehldeckels links von der Mittellinie noch mehr ähnliche Flecken; die linke Hälfte der hinteren Fläche des Kehldeckels ist auch leicht geröthet und geschwollen. — Die Erscheinungen von chronischer Bronchitis. Keine andere Herpes-Eruption irgendwo. Abends 9 Uhr Temperatur 38,2, die übrige Zeit hindurch war sie normal. — Zum 14. April verschwanden alle Erscheinungen und der Kranke wurde entlassen.

2. Fall. A. Iw., 15 Jahre alt, Dielenbohner, kam in's Krankenhaus den 9. Mai d. J. Temperatur Abends 38, 10 Uhr Morgens 38. Er erkrankte vor vier Tagen an Erbrechen und Fieber; dazu kam noch

*) Berliner klinische Wochenschrift No. 41, 1879.

reichliches Exanthem auf dem Gesicht. Der Kranke ist von schwacher Constitution, erschöpft und blutarm. Auf der Haut am Munde, den Nasenöffnungen und um die Augen herum reichlicher Herpes im Stadium des Vertrocknens. Conjunctivitis und kleiner Blutunterlauf auf der Bindehaut des rechten Auges. Im Rachen nichts Besonderes. Die ganze Schleimhaut des Kehlkopfes ist stark geröthet und geschwollen, nur die Chorda vocalia vera augenfällig rein und weiss, so dass die Ursache der vollen Stimmlosigkeit nicht leicht zu erklären ist. Ausserdem unbedeutende Milzvergrösserung.

11. Temperatur Morgens 37,6, Abends auch normal.

12. Der Husten wurde heftiger.

13. Unbedeutende Schmerzen und Oedem in den Händen und Füssen; kein Eiweiss im Harn. — Beim Schlucken Halsschmerzen rechts; auf der rechten Plica ph.-epiglott. ein kleines grau-weisses Fleckchen; ein ähnliches auf der vorderen Fläche des linken Aryknorpels, dessen Anschwellung sich vergrösserte. Chorda v. v. vera scheinen etwas gelockert, aber weiss, wie früher; auf dem rechten Pr. vocalis minimaler Defect.

14. Die Ränder der Ch. v. v. ver. sind leicht erodirt. Der Husten nahm bedeutend ab. Das Gesicht wurde nahezu rein.

15. Es erscheinen einige weissliche Pünktchen auf dem linken Taschenbande. Temperatur ist normal.

16. Das linke Taschenband ist ganz mit weissem, croupähnlichen Belage bedeckt.

17. Ein Theil des Belages ging ab.

18. Vom Belag blieben nur zwei weisse Pünktchen; im vorderen Winkel, zwischen den Stimmbändern, sieht man eine kleine mohngrosse Erhabenheit. Die Conturen der Stimmbandränder ändern sich jeden Tag. Kein Husten.

20. Die Stimmbänder veränderten sich zum Nichterkennen: sie sind durchaus roth, glatt, bei Weitem dünner als früher; hier und da sieht man auf denselben die Spuren des verschwundenen Belages, womit sie, wie es sich jetzt gezeigt hat, die ganze Zeit hindurch bedeckt waren. Anstatt der Stimmlosigkeit trat heisere Stimme auf. Die weisse Erhabenheit zwischen den Stimmbändern verschwand.

24. Die Stimme ist ziemlich rein. Das Aussehen des Kehlkopfes nähert sich der Norm.

Therapie in beiden Fällen bestand aus Carbolpulverisationen. Wegen des Rheumatismus ist der Kranke in eine andere Abtheilung gebracht worden.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Zur Corrosions-Anatomie des Ohres. Von H. Steinbrügge, Giessen. (Centralblatt für die medic. Wissenschaft. 1885, No. 31, August.)

St. empfiehlt das Celloidin, welches erhärtet von reiner Salzsäure nicht angegriffen wird, zur Herstellung von Abgüssen knöcherner Hohlräume, in specie des Labyrinths und hebt gegenüber dem Wachsabguss

die Einfachheit und Leichtigkeit des Verfahrens hervor. Die Methode behufs Darstellung eines Abgusses der labyrinthischen Räume beschreibt er folgendermaassen: „Man öffnet die Paukenhöhle vom Dache aus, durchschneidet die Sehne des M. tensor tymp. sowie das Amboss-Stapesgelenk und trennt darauf den Labyrinththeil mittelst eines durch das Antr. mast., das genannte Gelenk und die knöcherne Tube verlaufenden Sägeschnitts von der Aussenwand des Mittelohrs incl. Trommelfell, Hammer und Amboss. Dann entfernt man vorsichtig den Stapes mit seiner Platte aus dem ovalen Fenster und legt den Knochen auf 48 Stunden in gleiche Theile Alcohol absol. und Aether sulf. Hierauf kommt derselbe in reichliche, dünnflüssige Celloidinlösung, welche man nach 8tägiger Einwirkung durch Abnahme des Glasdeckels verdunsten lässt. Die von eingedicktem Celloidin umhüllten Knochen werden 3 Tage lang mit 50 pCt. Alcohol behandelt, hierauf schabt man das überflüssige Celloidin von der Aussenwand des Knochens ab und legt das Präparat in reine Salzsäure. — Es empfiehlt sich, die letztere nach 24 Stunden zu erneuern, nachdem man das Präparat in Wasser abgespült hat; nach weiteren 48 Stunden kann man die macerirten Gewebe theils durch sanften Wasserstrahl, theils mit Hilfe von Präparirnadeln unter Wasser entfernen, mit Erhaltung des Abgusses der Schnecke, des Vorhofs und der Bogengänge. Die Präparate werden in gleichen Theilen Wassers und Alcohol aufbewahrt. Die Darstellung der in diesem Celloidinabguss eingeschlossenen häutigen Labyrinthgebilde in ihrem Zusammenhange, durch abermalige Lösung des Celloidins in der bekannten Alcohol-Aethermischung, welche anfänglich von St. geplant worden war, gelang bisher nicht. Die einhüllende Celloidinschicht ist wohl an manchen Stellen nicht stark genug, um die zarten Gebilde vor der Einwirkung der Säure zu schützen; das Präparat zerfiel daher in einzelne Partikelchen. Trotzdem hält St. es für möglich, dass fortgesetzte Versuche mit verdünnten Säurelösungen auch in der angedeuteten Richtung zum Ziele führen.“ Bezüglich der Dauerhaftigkeit der Präparate steht dem Autor für jetzt noch keine genügende Erfahrung zur Seite.

Ref. erlaubt sich, da er die „allgemeine Bekanntschaft“ mit Celloidin, welche der Autor in seiner Arbeit annimmt, bezweifeln zu dürfen glaubt, ergänzend beizufügen, dass C. eine höchst reine Collodiumwolle darstellt, welche in der Form von 14 Ctm. langen, 9 Ctm. breiten und 1 Ctm. dicken Tafeln gepresst ist und sich in Alcohol und Aether völlig klar löst. Die chemische Fabrik von E. Schering, Berlin N., Fennstrasse, liefert selbige zum Preise von 3,50 Mark.

Vorstehende Angaben verdanke ich der gef. Vermittelung des Herrn Autors. Keller.

Ein Fall von Condylomen in den äusseren Gehörgängen. (Un cas de syphilides papulo-érosives hypertrophiques des conduits auditifs externes.) Von Dr. Noquet. (Revue mens. de laryng. etc. 1885, No. 7.)

Ueber Gummata des Trommelfells. (Communication sur les gommes de tympan.) Von Dr. Baratoux. (Ibidem.)

Gestützt auf einen Fall von Condylomen in den äusseren Gehörgängen bei einem, zwei Jahre vorher mit einer rasch vorübergehenden

Otorrhoe behaftet gewesenen Individuum, bei welchem die eingeleitete specifische Behandlung die Condylome zwar zum raschen Schwunde brachte, während ein gleichzeitig aufgetretener Ohrenfluss noch nach 3 Monaten fortbestand, glaubt N. die von Politzer betonte günstige Prognose bei Condylomen im äusseren Gehörgang in Zweifel ziehen zu müssen, während in der sich dem Vortrage anreihenden Discussion von Baratoux, Gellé u. A. gleichfalls der ungemein günstige Verlauf in allen Fällen betont und die Hartnäckigkeit der Affection im vorliegenden Falle lediglich mit der Recrudescenz der alten, wahrscheinlich scrophulösen Otorrhoe in Zusammenhang gebracht wurde.

Baratoux beobachtete bei einer Frau eine Reihe kleiner Gummata auf Wange, Warzenfortsatz, Anthelix und äusserer Ohröffnung. Untersuchung des Trommelfelles desselben Ohres ergab eine kleine Ulceration mit aufgeworfenen Rändern vor dem Hammergriff ohne Perforation, sowie einen kleinen, eiförmigen, scharf abgegrenzten Tumor im hinteren unteren Quadranten mit beginnendem Zerfall an der Spitze in den nächsten Tagen. Bei Allgemeinbehandlung rasche Heilung. B. konnte einen zweiten Fall gummöser Neubildung am Trommelfelle in der Litteratur nicht auffinden. (cf. Ravogli, Mail. otolog. Congress 1880. Eine weitere einschlägige Beobachtung befindet sich im New-York medical Journal, 18. April 1885, von einem papulösen Syphilid auf dem Trommelfell bei einem hereditär-syphilitischen jungen Manne von 18 Jahren; gleichzeitig Hutchinson'sche Zahnbildung und Keratitis parenchymat.)

Keller.

Ein Fall von Fractur des äusseren Gehörganges durch Contrecoup, mit Zerreissung des Trommelfelles. Von Cornelius Williams aus St. Paul, Minn. Uebersetzt von H. Steinbrügge in Heidelberg. (Zeitschrift f. Ohrenheilk., XIV. Bd., 3. u. 4. Heft.)

Der mit dem Hinterhaupte auf's Glatteis gefallene Kranke soll bewusstlos gewesen sein, erbrochen haben und Blut soll aus dem linken Ohre ausgetreten sein. Der Befund des kranken Ohres war folgender: Im äusseren Gehörgange Blutgerinnsel, beim Entfernen derselben mittelst Watteträger blieb letzterer an einem nicht abgelösten Knochensplitter hängen. Derselbe wurde mittelst Zange entfernt und mass 4 Milimeter. Am Trommelfelle eine sternförmige Zerreissung. Der Hammergriff hing scheinbar frei. Ständige Schmerzen im l. Kiefergelenk. Nach etwa 5 Wochen befriedigende Besserung. Der Autor meint, dass entweder durch Contrecoup oder durch Zurückprallen des Condylus des Unterkiefers, welcher nach vorn getrieben und dann durch gewaltsame Muskelaction zurückgezogen wurde, die Fractur entstand. L—r.

Rundzellensarcom des Ohres. Von J. Orne Green, M. D. in Boston. Uebersetzt von H. Steinbrügge in Heidelberg. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, XIV. Bd., 3. u. 4. Heft.)

Der Fall wird wegen der Seltenheit der Localisation des Tumors in dieser Gegend mitgetheilt. Der Ursprung der bösartigen Neubildung konnte nicht nachgewiesen werden, da der äussere Gehörgang, die Trommelhöhle und der Warzenfortsatz bereits ergriffen waren, als der Pat. in Beobachtung kam.

Anamnestisch konnte erhoben werden, dass der 23 Jahre alte Mann seit seinem 6. Lebensjahre an Otorrhoe litt.

Die zugänglichen Wucherungen wurden entfernt, doch wuchsen dieselben rasch wieder an, namentlich am Process. mastoid. Hierorts war die Geschwulst 8 Zoll lang, 6 Zoll breit und 4 Zoll dick. Während des raschen Wachsthumes lösten sich oft necrotische Massen der Geschwulst von der Grösse eines Hühnereies ab. Der Kranke ging marantisch zu Grunde. Die microscopische Untersuchung des Tumors ergab die obige Diagnose. L—r.

Eine Missbildung des Ohres. Von C. Truckenbrod in Hamburg, (Zeitschr. f. Ohrenheilk., XIV. Bd., 3. u. 4. Hft)

Zusammenstellungen über Missbildungen des Ohres sind von Lincke, später von Schwartze publicirt worden. Gravitz beschreibt einen Fall, der mit dem des Autors Aehnlichkeit darbietet.

Cock berichtet über angeborene Erweiterung der Tuba um das 3—4fache des normalen Lumens.

Der in Rede stehende Fall betrifft eine 63 Jahre alte Frau, die laut eigener Angabe auf dem rechten defecten Ohre nie etwas gehört hat. Nach zweitägigem Unwohlsein starb sie. Die Section ergab: Endocardit. chron. valvul. mitral., Hypertroph. cordis., Emphysema pulmon. etc.

Das ausgesägte Felsenbein ergab folgenden Befund: Die rechte Ohrmuschel ist birnförmig, der dickere, kolbige Theil sieht nach abwärts, der spitze nach aufwärts. Der Helix ist nur als Wulst vorhanden, oben endet er mit einer kolbigen Spitze. Der Antihelix ist rudimentär angedeutet. Der Tragus stellt einen kegelförmigen Zapfen dar. Antitragus schwach ausgeprägt. Das Läppchen präsentirt sich als unförmiger Wulst. Ein kugeliger Hohlraum, zu dessen Eingang ein schlitzförmiger Spalt sich zeigt, kann als die knorpelige Parthie des äusseren Gehörganges angesehen werden. Der knöcherne Gehörgang ist nicht nachweisbar.

Eine Vene mittleren Volumens verläuft in der Richtung des Jochfortsatzes, durchsetzt den Knochen und verläuft weiter auf der oberen Seite der Fissura petro-squamosa. Zur Aufnahme dieses Gefässes befindet sich daselbst eine kleine Hohlrinne. Dieses Gefäss hat sowohl eine entwicklungsgeschichtliche, als auch bei dessen Persistenz eine mitunter practische Bedeutung. Fossa glenoidalis für den Kopf des Unterkiefers sehr flach. Ein Processus articular. posterior existirt nicht. Die Paukenhöhle stellt ein kolbig erweitertes Ende der Tuba vor, welch' letztere 2,4 Ctm. lang (1,4 Ctm. knöcherner Theil, der Rest knorpeliger Theil) ist. An Stelle des Trommelfelles solider Knochen. Vom Hammer ist nur der Kopf vorhanden, welcher mit dem Ambos, dessen Schenkel kürzer sind als im Normalen, durch Knochenmasse vereinigt ist. Steigbügel durch starke Bindegewebszüge im ovalen Fenster befestigt, seine Crura durch feste Knochenmasse vereinigt. Binnenmuskeln normal, ebenso die Labyrinthgebilde. L—r.

Kleinhirnabscess bei chronischer eitriger Mittelohrentzündung. — Fortleitung durch den Nerv. facialis. Von Hermann Rothholz, ord. Ohrenarzt der Augen- und Ohren-Heilanstalt in Gleiwitz O./S. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, XIV. Bd., 3. u. 4. Hft.)

Die Krankheit betrifft einen 20 Jahre alten Mann, der nach sechstägiger Behandlung unter cephalischen Erscheinungen starb.

Die Section ergab eitrige Lepto-Meningitis, vorn vom Chiasma beginnend, hinten sich bis in die Hüllen der Medulla oblongata hinein fortsetzend. Die Untersuchung des rechten Felsenbeines liefert folgenden Befund:

Das Trommelfell fehlt gänzlich. Die Paukenhöhle mit polypösen Massen und Eiter erfüllt. Die Polypenmassen dringen durch eine 6 Mmtr. weite Oeffnung in die Warzenfortsatzhöhle ein. Der Warzenfortsatz zeigt eine 15 Ctm. breite Rinde sclerosirt. Das Tegmen tymp. dick, an seiner Unterfläche leicht cariös. Gehörknöchelchen und Chorda tympani fehlen. Die Fenestra oval. an der inneren Paukenhöhlenwand offen. Der Nerv. facial. verläuft vollständig freiliegend an der inneren Paukenhöhlenwand durch die Paukenhöhle. Vom Ganglion geniculi bis zum Foramen auditor. intern. ist er verdickt und röthlich-grau verfärbt. Der Canal. Fallopii mit Eiter erfüllt. Der Nerv. acust. zeigt ähnliche Verhältnisse. Vorhof und Schnecke enthalten Eiter in mässiger Menge.

Der Autor neigt nach diesem Befunde zur Annahme, dass der Nerv. facialis dem Eiter den Weg gewiesen habe. Er meint, dass eine Prädisposition für eine solche Fortleitung in einem angeborenen sehr grossen, wenn nicht vollständigen Defect der Knochenröhre des Nerv. facial. innerhalb der Paukenhöhle zu suchen ist, da macroscopisch auffallende Zeichen von Caries längs des freiliegenden intratympanalen Facialisstückes nicht festzustellen waren.

Bemerkenswerth ist noch, dass die Gaumenmusculatur in diesem Falle nicht gelähmt war, trotzdem die Entzündung des Nerv. facial. gerade vom Ganglion geniculi aus centripetal am deutlichsten ist. L—r.

Zwei Fälle von Caries des Felsenbeines nebst Bemerkungen über frühzeitige Eröffnung des Warzenfortsatzes. Von Cornelius Williams aus St. Paul, Minn. Uebersetzt von H. Steinbrügge aus Heidelberg. (Zeitschr. f. Ohrenheilk., XIV. Bd., 3. u. 4. Heft)

Der eine Fall betrifft einen 65 Jahre alten Mann, bei dem die Diagnose auf nicht sehr ausgedehnte Caries der hinteren Trommelhöhlenwand, mit Betheiligung des Facialiscanals, circumscripte Pachymeningitis, einen geringen Grad von Sinus-Phlebitis gestellt wurde. Ausgiebige Incision bis auf den Knochen, da der Warzenfortsatz leicht empfindlich war. Verlauf befriedigend, Besserung anhaltend.

In dem anderen Falle handelte es sich um eine Otitis media acuta, Periostitis des Warzenfortsatzes bei einem 20 Jahre alten Mann. Wilde'sche Incision ohne Erfolg. Trepanation mit Buck's Bohrer. Verlauf günstig.

Durch diese Erfolge aufgemuntert, betrachtet der Autor es als eine Pflicht des Chirurgen, in dergleichen Fällen zu operiren, sobald sich ihm eine Gelegenheit bietet. L—r.

Ein Fall von zeitweiliger plötzlicher Wiederkehr des Hörvermögens nach 21jähriger Taubheit. Von Basil Norris, M. D. in Surgeon, V. S. A. Uebersetzt von H. Steinbrügge. (Zeitschrift für Ohrenheilk., XIV. Bd, 3. u. 4. Heft.)

Die Frau ist 50 Jahre alt, thätig, kräftig und heiter. In der Familie sei Niemand taub, eine Kopfverletzung habe sie nie erlitten. Sie giebt „Schreck" als Ursache der plötzlichen Ertaubung an. Eines Abends, in einer Gesellschaft anwesend, bemerkte sie, dass sie nicht mehr taub sei. Das gute Gehör dauerte 3 Wochen lang an, sie war gefasst darauf, es wieder zu verlieren, da sie bereits 2 Mal in früherer Zeit 2—3 Tage hindurch gut gehört hatte. Was ergab denn die object. Untersuchung? War kein Cerumen Ursache? L—r.

Ein Fall von objectiven Geräuschen in beiden Ohren. Von A. R. Baker, M. D. in Cleveland O. Uebersetzt von H. Steinbrügge in Heidelberg. (Zeitschr. f. Ohrenheilk., XIV. Bd., 3. u. 4. Heft.)

Ein anämisches, für sein Alter kleines, schlecht genährtes 13jähr. Mädchen leidet an einem schnappenden Geräusch beider Ohren, welches rechts auf 4 Fuss, links auf 18 Zoll weit gehört werden kann. Das Geräusch des einen Ohres ist unabhängig von dem des anderen, es wurde in den letzten Jahren lauter, und hört nur manchmal für einige Minuten auf, um wieder stärker anzufangen. Das Mädchen erinnert sich der Zeit nicht, wo sie und ihre Freundinnen die Ohrgeräusche nicht gehört hätten. Ausser grossen Tonsillen und Nasen-Rachen-Catarrh nichts Abnormes sichtbar. Entfernung der Tonsillen, Touchiren des Rachens mit Nitr. argent., Leberthran, Tonica und Eisen brachten nach 2 Monaten den gewünschten Erfolg. Die Geräusche hörten auf, doch konnten sie willkürlich herbeigeführt werden und hielten an, bis sie durch eine willkürliche Anstrengung sistirt wurden. L—r.

Eine Modification des Catheters für die Eustachische Röhre. Von H. Lindo Ferguson, F. R. C. S. J. in Dunedin, N. Z. Uebersetzt von H. Steinbrügge in Heidelberg. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, XIV. B., 3. und 4. Heft.)

Um vorhandene Hindernisse der Nasenhöhle leicht zu überwinden, und um eventuelle Schmerzen beim Catheterisiren zu vermeiden, giebt der Autor einen Catheter aus weichem Gummi an, welcher einen geraden Mandrin enthält, nach dessen Entfernung der Catheter seine Krümmung wieder annimmt. Im Innern befindet sich eine Spiralfeder aus Draht, wodurch das Lumen des Catheters durch Druck beim Einführen nicht verringert werden kann. Alte Sachen franz. Erfindung!! L—r.

Zwei Fälle von Ertaubung nach Cerebrospinal-Meningitis, ein einseitiger und ein doppelseitiger, mit gleichzeitiger Erkrankung beider Augen, welche in dem einem Falle in Genesung überging. Von H. Knapp in New-York. Uebersetzt von H. Steinbrügge in Heidelberg. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, XIV. Bd., 3. u. 4. Hft.)

Der Verfasser hält die einseitige Ertaubung nach Cerebrospinal-Meningitis für bemerkenswerth, in seiner Praxis steht dieser Fall vereinzelt da. Damit sei nicht gesagt, dass das zweite Ohr nicht afficirt gewesen war, doch erlitt es keinen Schaden.

Durch den zweiten Fall ist zur Evidenz erwiesen, dass metastatische Entzündung des inneren Auges und Ohres nicht in allen Fällen die Function des Seh- und Hörorgans vernichtet. L—r.

Schuluntersuchungen über das kindliche Gehörorgan. Von Friedrich Bezold in München. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, XIV. Bd., 3. u. 4. Hft.)*)

Der Verfasser stellte sich in seiner Arbeit zur Aufgabe, die Verbreitung der Ohrenerkrankungen in der Gesammtbevölkerung, respective das absolute Häufigkeitsverhältniss der Ohrenerkrankungen zu eruiren. Tröltsch nahm in seinem Lehrbuche vor etwa 20 Jahren an, dass unter 3 Menschen im Alter von 20—50 Jahren sicherlich einer ist, der an einem Ohre wenigstens nicht mehr gut und normal hört. Die Untersuchungen Trautmann's bei Recruten können nicht als Richtschnur angenommen werden.

Eine grosse Anzahl von Ohrenkrankheiten bei Erwachsenen lassen sich auf überstandene Erkrankungen in der Kindheit zurückführen, weshalb auch der Autor das Kindesalter resp. die Schuljugend als Basis seiner Untersuchungen annimmt.

Es wurden 1918 Kinder dreier Schulen in München untersucht, und zwar auf Flüstersprache, Uhr und Hörmesser. Die Resultate der Untersuchungen sind genau und übersichtlich tabellarisch zusammengestellt. Es ergeben sich als Gesammtdurchschnittszahl 25,8 pCt., also nahezu 26 pCt., welche nur ein Drittel oder weniger der normalen Hörweite besitzen. 14,5 pCt. im Ganzen, worunter 7,8 pCt. einseitig und 6,1 pCt. doppelseitig, percipiren die für das normale Ohr auf 20—25 Mtr. hörbare Flüstersprache nur auf 8—4 Mtr., und 11,3 pCt. im Ganzen, worunter 6,3 pCt. einseitig und 5 pCt. doppelseitig, hören dieselbe nur zwischen 4—0 Meter. L—r.

Zur Behandlung von Mittelohrerkrankungen mittelst der Lucae-schen Drucksonde. Von A. Eitelberg, Ohrenarzt an der allgem. Policlinik in Wien. (Zeitschr. f. Ohrenheilk., XIV. Bd., 3. u. 4. Hft.)

Aus den 20 mitgetheilten Krankengeschichten ist ersichtlich, dass der Autor beim Verfahren mittelst der federnden Drucksonde Lucae's dieselbe nicht nur bei Erkrankungen des schallleitenden, sondern auch bei jenen des schallpercipirenden Apparates anwandte. Der Rinne'sche Versuch wurde nicht in allen Fällen geübt, auf dessen Ausfall keine Rücksicht genommen. Was den therapeutischen Erfolg anlangt, so war er bei chron. Mittelohrcatarrhen im Sinne Lucae's äusserst selten ein bleibender. Auf subjective Gehörsempfindungen und auf beginnende acute Entzündung des Trommelfelles wirkt die Drucksonde ähnlich der Massage (!). L—r.

Notiz: Von October an erfolgen ausführlichere und schnellere Berichterstattungen über die Nova bes. der deutschen otiatrischen Literatur, sowie auch die Kritiken der inzwischen in auffälliger Anzahl erschienenen ohrenärztlichen Hand- und Lehrbücher, soweit dieselben uns zur Besprechung zugesandt worden sind. D. Red.

*) Referat über die neueste ausführlichere Arbeit des Autors über dieses Thema in nächster Nummer.

b) Pharyngo-laryngologische:

Fall von Kehlkopf- und Lungen-Tuberculose, ursprünglich einfache Kehlkopfentzündung. (Case of laryngeal and pulmonary tuberculosis originating in simple laryngitis.) Von Hunter Mackenzie, M. D., Edinburg. (Lancet, 14. Febr. 1885.)

Der 55jährige Patient kam 1882 in Behandlung mit der Angabe, dass er seit 7 Jahren heiser sei, in Folge einer Erkältung; jetzt hatte er Stimmlosigkeit, starken Schluckschmerz in den Ohren etc. Die Untersuchung ergab Schwellung der Aryknorpel (nicht die typische birnförmige Schwellung); Verdickung der gesammten Larynxschleimhaut. In der rechten Lungenspitze bronchiales Exspirium, geringe Dämpfung, ein trockner Rhonchus am Ende der Inspiration. Reichlich Bacillen im Schleim. Anfangs besserte sich Patient auf Localbehandlung, dann wurde er schlimmer und starb 2 Jahre später an Ausbreitung der Lungenerkrankung. Die Section ergab Necrose und Dislocation der Aryknorpel, die Taschenbänder waren zerstört, sowie ein Sechstel der Stimmbänder; in dem Gewebe der Taschenbänder wurden keine Bacillen gefunden, wohl aber in den Secreten auf der Schleimhaut und in den Geschwüren.

Das Interessante des Falles sieht Verf. in der früheren Erkrankung des Kehlkopfes, in der Einpfropfung einer tuberculösen auf eine einfache Kehlkopfentzündung. Er meint, dass durch die Entzündung der Boden zur Aufnahme der Bacillen vorbereitet worden wäre. Den Zeitpunkt eines solchen Ueberganges könne man nur durch wiederholte Untersuchungen auf Bacillen ermitteln. Ferner ist bemerkenswerth, dass die Anwesenheit von Bacillen die Diagnose sicher stellen liess und dass die örtliche Behandlung mit verschiedenen Mitteln, auch Jodoform, keinen Einfluss auf die Zahl der Bacillen hatte.

Zweimal täglich vorgenommene Einblasungen von 5 Gran Jodoform mit einem halben Gran Morphium verursachten Vergiftungssymptome, indem Patient heftig und zänkisch und sehr erregt wurde. Oertlich wirkte es günstig. Dr. M. S.

Vom Verhältniss der tuberculösen Bacillen zu tuberculösen Verletzungen des Kehlkopfs. Von Lesch. (Arzt, 1884, 20—22.)

Ob die Bacillen die ursprüngliche Ursache der Veränderungen des Kehlkopfs bei der Tuberculose bilden oder ob sie sich dort in Folge irgend welcher anderen Processe entwickeln? Microscopische Untersuchung von 32 Schwindsüchtigen (18 zeigten leicht zu bemerkende macroscopische Veränderungen, und zwar in 15 Fällen Ulcera beinahe immer in spatio interaryth., in 3 nur Infiltrationen an ebenderselben Stelle etc.) erwiesen die Existenz der Bacillen und verschiedener anderer Micrococcen und Bacterien. Bacillen fand man nicht: 1) in den Fällen, wo die Veränderungen der Schleimhaut nur microscopische waren; 2) wo sich schon deutlich Infiltration und oberflächliche Exulceration der Gewebe zeigten und 3) einmal bei tiefem tuberculösen Geschwüre. So lange das Epithelium unbeschädigt ist, können augenscheinlich Bacillen durch die Schleimhaut nicht dringen. Also gehen entzündliche Veränderungen der Schleimhaut dem Eindringen der Bacillen voran und bereiten für deren Entwickelung den Boden vor; dabei befindet sich der

Kehlkopf bei Schwindsüchtigen in einer für die Infection ungemein günstigen Lage, indem er fortwährend durch den bacillenreichen Auswurf befeuchtet wird.

Die Bedingungen, welche die Entwickelung der Kehlkopf-Tuberculose vorbereiten, hat man wenig studirt. Die Bedeutung chemischer und mechanischer Einflüsse ist nicht gross; weit wichtiger ist das Abnehmen der Nahrung und dass die Gegenwirkung der Schleimhaut schwächer wird.

Die erhaltenen Resultate erklären nach dem Verfasser die Unwirksamkeit der Antiparasitenmittel bei der Tuberculose; mehr Nutzen könnte man von den die Ernährung des Kranken verbessernden Mitteln erwarten.

Eug. Stepanow (Moskau).

Die Leber bei Tuberculösen. Rothe Atrophie mit Fettknotenbildung. Von Dr. Sabourin. (Archives de physiologie No. 5, 1884 und Jonrnal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, Novembre 1884.)

Ausser der classischen amyloiden und fettigen Degeneration der Leber begegnet man bei Tuberculösen einer Entartung der Leberzellen, ähnlich einer wirklichen Hepatitis parenchymatosa, wie sie bei Icterus gravis, bei Phosphorvergiftung, bei Infectionskrankheiten vorkommt. Diese Entartung entspricht der rothen und gelben Atrophie und hat dieselben klinischen Symptome wie der Icterus gravis. V. beschreibt ein Beispiel solcher Entartung.

Dr. P. K.

Ansteckung der Tuberculose in den Winterstationen im Süden. (Contagion de la tuberculose dans les stations hivernales du Midi.) Von Dr. Krüch. (Annales de la Société médico chirurgicale de Liège.)

Ein junger Advocat, gesund, und von gesunder Familie stammend, wollte, ohne krank zu sein, von den Strapazen seiner Examina ausruhend, eine Luftcur in einer Winterstation im Süden gebrauchen. Einige Wochen nach seiner Ankunft bekam er Husten und Fieber und die Diagnose einer acuten Miliartuberculose war offenbar. Alles Nachsuchen nach der Ursache der Erkrankung blieb erfolglos, bis man endlich erfuhr, dass in demselben Bette vorher ein im letzten Stadium der Phthise sich befindlicher Kranker geschlafen hatte.

Sicher kommt die Ansteckung oft auf diese Weise zu Stande. Im gewöhnlichen Leben befinden sich Gesunde nicht leicht in so unmittelbarer Nähe der Phthisiker; die Gefahr aber wird grösser, wenn Gesunde während mehrerer Nächte in einem gewöhnlich schlecht gereinigten, vorher von einem tuberculösen Patienten innegehabten Bette schlafen. Reconvalescenten und ermüdete Gäste werden noch leichter angesteckt als Gesunde.

Dr. P. K.

Contagiosität der Tuberculose und ihre Prophylaxe. (La contagion de la tuberculose et sa prophylaxie.) Von Dr. Vallin. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques.)

Die Ueberpflanzung der Tuberculose vom Menschen auf den Menschen ist vielleicht noch nicht mathematisch bewiesen, ist aber so wahrscheinlich, dass es die Pflicht eines jeden Arztes ist, so zu handeln, als sei der Beweis geliefert.

Phthisiker sollen so viel als möglich isolirt werden; tuberculöse oder der Krankheit verdächtige Frauen sollen nicht heirathen und noch weniger stillen; die Sputa sollen nicht eintrocknen und in eine desinficirende Flüssigkeit enthaltende Spucknäpfe geworfen werden. Nach dem Tode eines Phthisikers soll das Zimmer, das Bett und das Bettzeug desinficirt werden. Diese Ermahnung gilt besonders den Gasthöfen in den Winterstationen. — In Cannes ist eine Gesellschaft gegründet worden, welche diese Desinfectionen besorgt. Dr. P. K.

Die Aetiologie des Kropfes in England. (The etiology of goitre in England.) Von W. M. Thursfield, M. D. (Lancet, 1885, Juni 13.)

Die Ursachen des Kropfes in England sind climatische, physiologische, industrielle, diätetische, nervöse oder scrophulöse Anlage. Zwei Ursachen wirken meistens zusammen, manchmal mehr. In England kommt er endemisch erst in einer Höhe von ca. 500 Fuss vor, erscheint in diesen Gegenden meist im 8. Jahre. Physiologisch dient die Drüse als Circulationsdivertikel für Gehirn und Uterus, das weibliche Geschlecht leidet mehr daran. Erblichkeit spielt eine Rolle dabei. Den Einfluss des Trinkwassers erklärt er aus der Function der Drüse, der Rückbildung und Ausscheidung der rothen Blutkörperchen vorzustehen. Zu den industriellen Einflüssen rechnet er das Tragen von Lasten auf dem Kopf. Er kennt zwei Plätze, in welchen die Zahl der Kröpfe gegen früher erheblich abgenommen, da die Frauen nicht mehr auf dem Kopf tragen. Der Einfluss des Wassers liegt in dessen Eisengehalt, dieses vermehrt die rothen Blutkörperchen und regt dadurch die Drüse zu grösserer Thätigkeit, zur Excretion derselben an (!). Fehlt die Schilddrüse bei einem Individuum, welches starken kropferzeugenden Einflüssen ausgesetzt ist, so wird dasselbe kretinisch. Dr. M. Sch.

Zur Frage über die Bedeutung des Kropfes in der Aetiologie der Aphonie. Von W. Nikitin. (Arzt No. 7, 1885.)

N. beschreibt einen Fall von Aphonie in Folge eines Kropfes, die durch Verminderung der Quantität und des Druckes der Luft bei Exspiration bedingt war. Die Kranke, 16 Jahre alt, hat ihre Stimme vor einem Jahre ungefähr verloren; zu derselben Zeit will sie eine Volumszunahme ihres Halses zum ersten Male bemerkt haben. Die Kehlkopfschleimhaut ist leicht anämisch; die Stimmbänder schienen etwas locker und träge, dennoch bilden sie bei Phonationsversuchen eine regelrechte lineare Spalte. Das Lumen der Trachea ist von vorne und rechts verengt. Keine hysterischen Symptome. — Nach 3½ monatl. Behandlung mit Jod innerlich kehrte die Stimme wieder, indem der Kropf stark abnahm. E. Stepanow.

Die Histologie der Struma. Von Dr. Fritz Gutknecht. Aus dem patholog. Institut in Bern. (Virchow's Archiv, 99. Band, 2. u. 3. Heft.)

Es wurden 60 exstirpirte Strumen untersucht: 1) Das Drüsenparenchym. Verf. unterscheidet: a) solide Zellhaufen und -stränge, b) die ausgebildeten hohlen Follikel und Schläuche, welche in Form und Dimensionen in viel höherem Maasse, wie in der normalen Schilddrüse variiren, c) Colloid. Verf. stimmt hier der bekannten Schilderung von Virchow

bei. Er unterscheidet 1) das schwach glänzende Colloid, 2) das stark glänzende Colloid, 3) das sehr stark glänzende Colloid. Ferner erwähnt er der verkalkten, geschichteten Colloidkugeln, ganz ähnlich den Psammomkugeln. Es kommt auch Crystallbildung im Colloid vor. Es können die Drüsenepithelien sich direct in die colloiden Massen umwandeln. 2) Stroma und Gefässe. Es wird besonders die colloide Entartung des Stroma hervorgehoben, die oft ganze Knoten befällt. Gleichzeitig Hand in Hand mit der Degeneration des Stroma gehen in der grossen Mehrzahl der Fälle auch Veränderungen an den Gefässen. In den kleinen Gefässen sehr häufig Verkalkung. Bisweilen entstehen telangiectatische und cavernöse Tumoren. Die Struma congenita zeichnet sich immer durch sehr grossen Reichthum an Gefässen aus, speciell an Capillaren. Von besonderem Interesse ist, dass auch das Blut, sowohl im Innern von Gefässen mit normaler oder degenerirter Wand, als auch in Extravasaten, Veränderungen nicht eingeht, deren Endproducte dem schwachglänzenden homogenen oder feinkörnigen und dem stark glänzenden homogenen Colloid entsprechen. 3) Sclerotisches Bindegewebe, die sogen. Struma fibrosa. 4) Cysten: a) Follicularcysten. Dilatationscysten. Sie entstehen durch Erweiterung und Zusammenfliessen von Follikeln; b) Cysten in Folge hyaliner Degeneration von Stroma und Drüsenparenchym (Erweichungscysten); c) Cysten in sclerotischem Bindegewebe (Erweichungscysten); d) grosse Cysten. Schliesslich giebt Verf. eine Systematik der Struma. I. Allgemeine gleichmässige Hyperplasie: 1) congenitale Formen, 2) die erworbene Form. II. Struma nodosa: 1) Knoten mit vorwiegender Entwickelung des Drüsengewebes, 2) Knoten mit hyaliner Degeneration des Stroma und der Gefässe im Centrum (Wölfler's Medullaris) und den mannigfachen Drüsenformen in der Peripherie (Wölfler's Corticalis), 3) Knoten mit fibrösem Centrum und peripherischer Drüsenschicht, 4) vasculäre Form, 5) Cysten. Voltolini.

Tonsillotomie und Blutungen bei denselben. Vortrag von Dr. Schlesinger. (Jahresb. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden. 1883/84.)

Sch. verwendet nach Erfahrung an ca. 500 Tonsillotomien zur Operation fast ausschliesslich das Pott'sche Messer und das Tonsillotom. Er verwirft, nach Besprechung der Chloroform-Narcose, der verschiedenen galvanocaust. Operations-Methoden, die Galvanocaustik für die grosse Mehrzahl der Tonsillen-Verkleinerungen und hält sie nur für unentbehrlich bei hypertrophischen, aber nicht über die Gaumenbögen hervorragenden Tonsillen, sowie zur Verkleinerung der ebenso beschaffenen Stümpfe, die nach der blutigen Tonsillotomie zurückbleiben. Blutungen, diese Frage bilde den Ausgangspunkt bei dem Suchen nach der besten Operationsmethode, werden durch die Galvanocaustik nicht mit Sicherheit vermieden. Er unterscheidet: 1. physiologische, 2. pathologische, 3. Blutungen durch Kunstfehler. — Zu den letzteren gehört die Verletzung der Carotis, welche bei einiger Geschicklichkeit stets vermieden werden kann und immer letal endet. Die physiologischen Blutungen (Flächenblutungen, resp. aus kleineren durchschnittenen Gefässen stammend und bald mehr oder minder heftig auftretend) werden durch Eiswasser, Ruhe, Vermeidung von Gurgeln, gestillt. Als pathologische Blutungen bezeichnet Sch. diejenigen aus mittelgrossen Arterien, welche

infolge abnormen Verlaufes derselben entstehen. Diese Reihe Blutungen, wenn auch selten eintretend, sei die wichtigste; ihre Stillung sei oft sehr schwer und Lebensgefahr liege manchmal vor. Er empfiehlt zur sicheren Blutstillung in erster Linie die permanente combinirt in- und externe Digitalcompression, welche 2, 4—6, ja bis zu 20 Stunden fortgesetzt werden muss.

In der Discussion theilt Beschorner zunächst zwei Fälle aussergewöhnlich heftiger Blutung nach Tonsillotom mit, betreffend einen alten Herrn in den 70er Jahren und ein junges, in der Pubertätsperiode befindliches Mädchen. In beiden Fällen konnte nur mehrstündige Digitalcompression Hilfe schaffen, doch dauerte die Blutung im ersten Falle in vermindertem Maasse mehrere Tage fort. B. glaubt, dass hier atheromatöse Entartung der Gefässe Grund zur Blutung gewesen sei und räth im Allgemeinen von der blutigen Operation bei alten Leuten ab. In diesen Fällen besonders sei die galvanocaustische Verkleinerung durchaus am Platze und wurde dieselbe von ihm in zahlreichen ähnlichen Fällen dergestalt geübt, dass er mit flachen oder Porzellanbrennern die Tonsillarsubstanz theilweise in Narbengewebe, das weit weniger zu entzündlichen Processen neige, umwandelte. — Viele dergestalt Behandelte hatten später niemals wieder über Tonsillitiden zu klagen.

Im zweiten Falle hinterliess die bedeutende Blutung bei dem vorher blühenden, kräftigen Mädchen eine Chlorose, die noch Jahre hindurch den energischsten und umfassendsten therapeut. Massnahmen trotzte. Nicht immer — betont Redner — sei es die momentane Gefahr einer Hämorrhagie, welche zu besorgen ist, sondern die Anämie, welche durch jene eingeleitet wird und namentlich bei, in der Entwickelung befindlichen Personen zu besorglichen Zuständen für die Zukunft führen könne. —

Im Grossen und Ganzen solle man, meint B., mit der in ihrer Ausführung ja allerdings leichten und zumeist gefahrlosen Operation nicht allzu freigiebig sein und wollte man all' den Wünschen nach „Herausschneiden der Mandeln" Rechnung tragen, die alltäglich an den Specialisten gestellt werden, so würden die vorzunehmenden derartigen Operationen leicht das Doppelte und Dreifache der schon ohnehin grossen Zahl betragen. Man solle immer bedenken, dass abgesehen von der Blutung, Veränderung im Stimmklange und den Athmungsverhältnissen, Halsneuralgien und mannigfache anderweite krankhafte Erscheinungen von den Operirten, und gewiss oft nicht mit Unrecht, als Consequenz der Operation namhaft gemacht werden. Insbesondere sei man vorsichtig mit der Tonsillotomie bei Sängern, namentlich solchen, die ohnehin geneigt sind, mangelndes Stimmvolum oder Rückgehen der Stimmschönheit auf alle möglichen anderen Umstände zu schieben als einfach darauf, dass sie eben von der Natur überhaupt mit solcher nicht begnadet sind oder die Stimme in Folge zunehmenden Alters zurückgeht oder durch allerhand Unvorsichtigkeiten, Ueberanstrengungen, falsches Singen etc. verdorben wurde. Denn dergleichen Leute sind sehr geneigt, genannte Operation oder die Art ihrer Ausführung, welche ihnen eben einfach keine Besserung gebracht, als Factor für die oft selbst verschuldete Verschlechterung ihres Organes zu betrachten.

B. widmet noch einige Worte der Chloroformnarcose und meint, dass diese bei widerspänstigen Kindern nicht ganz zu entbehren sei.

Erst jüngst wurden von ihm bei einem 8jährigen Knaben, der den Versuchen mehrerer Aerzte, ihn von seinen sehr stark hypertrophischen Tonsillen zu befreien, durch wahrhaft unüberwindlich unbändiges Gebahren siegreich widerstanden hatte, nach Anwendung leichter Chloroformnarcose in wenig Minuten jene beiderseits entfernt. Dem Herabfliessen des Blutes in die Luftwege vermag man durch Vorbeugen des Kopfes oder durch hängende Lage dieses wirksam zu begegnen. Beschorner.

Zur Frage über die Behandlung und Statistik von Diphtheritis. Von N. Lunin. (Arzt No. 2, 3, 4, 1885.)

Seine Beobachtungen hat L. am grossen Material des Kinderspitals des Prinzen von Oldenburg (in Petersburg) in den Jahren 1882—83 ausgeführt, an dem Material, das hauptsächlich aus schweren Fällen bestand, welche allein (des Platzmangels wegen) im Spitale Aufnahme fanden. — Vorläufig muss man bemerken, dass Verf. zwei Formen von Diphtheritis unterscheidet — die fibrinöse (die der catarrhalischen und der croupösen Form Oertel's und der bacillären Form von Klebs entspricht) und die phlegmonös-putride (die putride und die gangränöse Form von Oertel und Spoor-Form von Klebs). Die erste geht sehr leicht auf den Kehlkopf über; bei der zweiten bleibt gewöhnlich der Kehlkopf frei, doch greift die Krankheit in den meisten Fällen die Nase an. Die phlegmonös-putride Form characterisirt sich überdies durch phlegmonöse Schwellung der Pallati mollis, des Zellgewebes um die Mandeln und auch desselben des Halses, selbst der Brust und des oberen Theiles des Bauches; diese Form führt die Kranken fast immer zu Grunde. Bezüglich der Microparasiten von Klebs wurde es constatirt, dass die bacilläre Form oft in Spoor-Form überging.

Was den vergleichenden Werth der verschiedenen Behandlungsmethoden anbetrifft, so ist dieser aus folgender lehrreichen Zusammenstellung der Resultate ersichtlich:

1) Sublimatbehandlung: Bepinselungen mit 0,1 pCt. alle 2 Stunden und Ausspritzungen des Rachens mit 0,02 pCt. — Von 43 Fällen erster Form sind 13 (30,2 pCt.), und von 14 Fällen zweiter Form 13 (93 pCt.) gestorben. Von 6 Tracheotomirten blieb nur einer am Leben.

2) Behandlung mit Liq. ferri sesquichl.: Von 1 Tropfen alle 2 Stunden bis 2 Tropfen jede halbe Stunde innerlich sammt den Ausspritzungen mit Al. borico. — Von 43 Fällen erster Form sind 14 (39,5 pCt.), von 51 Fällen zweiter Form 39 (78,4 pCt.) gestorben; ebenso alle Tracheotomirte.

3) Chinolinum: Bepinselungen mit Chinol. puro (5 Gramm, Aqu. destill. et Alcoh. āā 50 Grm.) alle 2 Stunden und stündlich Ausspritzungen mit Chinol. 1 : 500 Aqu. + 50 Alcoh. Von 19 Fällen erster Form sind 6 (31,6 pCt.) und alle 9 Fälle zweiter Form gestorben. 2 Tracheotomien mit letalem Exitus.

4) Resorcin: Bepinselungen mit 10 pCt. alle 2 Stunden und Ausspritzungen mit 1 pCt. stündlich. Von 10 Fällen erster Form sind 2 (20 pCt.), von 19 Fällen zweiter Form 17 (89,4 pCt.) gestorben. Zwei Tracheotomien mit letalem Exitus.

5) Brombehandlung (Bepinselungen und Inhalationen). Von 15 Fällen (I) sind 7 (47 pCt.) und von 18 Fällen (II) 16 (88,8 pCt.) gestorben, wie auch alle 6 Tracheotomirten.

6) Terpentinöl wandte man 2 Mal einen Theelöffel per Tag bis 10 Tropfen stündlich an, während 2 — 3 und selbst 10 Tage bis zum Erscheinen des Durchfalls oder des Erbrechens; Strangurie beobachtete man niemals. Von 12 Fällen (I) ist einer (8,3 pCt.) und von 11 Fällen (II) sind 9 (82 pCt.) gestorben. Von 2 Tracheotomirten ist 1 gerettet.

„Wäre es erlaubt, einen practischen Schluss aus diesen Zahlen zu ziehen, so müsste man die fibrinöse Form mit Terpentinöl und die phlegmonöse mit L. ferri sesquichl. behandeln."

Eiweiss im Harn war bei 161 unter den 217 vorhanden; von diesen 161 sind ungefähr die Hälfte gestorben. Der Albuminurie bei Diphtheritis schreibt L. keine prognostische Bedeutung zu, denn der Harn von vielen Gestorbenen zeigte kein Eiweiss und umgekehrt, viele Geheilte waren ins Krankenhaus mit starker Albuminurie gekommen.

E. Stepanow.

Papayotin bei Diphtheritis. Von Dreier. (Arzt No. 5, 1885.)

Die Zahl der Beobachtungen, wo die Therapie mit gebührender Strengheit durchgeführt war, beträgt 31. Die Bepinselungen waren mit 5pctg., frisch bereiteter Papayotinlösung alle 15 Minuten gemacht worden, ausser 2 — 3 Stunden der Nachtruhe. Die erkrankten Höhlen wurden ausserdem mit schwacher Sublimatlösung ausgespritzt. Bei Tracheotomirten brachte man alle 15 Minuten einige Tropfen Papayotins durch die Canüle hinein. Endlich Excitantia et Roborantia nach dem Bedürfniss. Tracheotomie führte man früh in vorasphycticher Periode. Nach dem Alter vertheilen sich die Kranken so: 1 — 2 Jahre, 3 — 3 J. 11 — 5 Jahre, 3 — 6 J., 3 — 7 J., 2 — 8 J., 2 — 9 J., 4 — 10 J. und 2 — 11 J. alt. 6 Fälle des örtlichen Characters der Krankheit genasen alle; von 20 mit Symptomen der allgemeinen Intoxication sind nur 5 geheilt; die 3 mit vorwiegender Affection des Respirationstractus sind alle zu Grunde gegangen; endlich in 2 Fällen ist das Resultat unbekannt. Also Mortalitätsprocent = 62.

Die Schlussfolgerungen lauten so: 1) Papayotin bewirkt einen schwachen lösenden Effect auf die Membranen nur zur Zeit ihrer Regressivverwandlung; 2) die zarten, sich neubildenden Membranen werden durch Papayotin nicht beeinflusst, ergo 3) der Einfluss des Mittels auf die Sterblichkeit und Allgemeinerscheinungen bei Diphtheritis ist gleich Null.

E. Stepanow.

Cocainum muriaticum als Anästheticum der Schleimhaut des Pharynx, des Larynx, der Nase und dessen Gebrauch bei Krankheiten dieser Organe und des Ohres. (De l'emploi de chlorehydrate de cocaine comme anesthétique de la muqueuse du pharynx, du larynx et du nez et dans le traitement des affections de ces organes et de l'oreille.) Von Dr. F. J. Moure und J. Baratoux. (Revue mensuelle de laryngologie No. 12, 1884.)

Nachdem die Autoren die Arbeiten von Jelinek, Knapp und Rosa vollständig wiedergegeben haben, bemerken sie, dass schon Fauvel und Coupard 1877, v. Aurése 1880, Cazal 1881 und Millard 1882 ein

alcoholisches Infusum der Cocablätter als schmerzstillendes Mittel anwandten. Das reine Cocain und das Cocainum muriaticum wirken viel sicherer; die Autoren stimmen mit ihren Erfolgen vollständig mit den anderen Autoren überein. Dr. P. K.

Cocainum muriaticum in Kehlkopf-, Ohren- und Nasenpraxis. Von Fronstein. (Russische Medicin No. 6—7, 1885.)

Die Bedeutung des Cocains, nach F., sei übertrieben. Das Cocainisiren vermindert gar nicht die Schmerzen bei Paracentesis und Ohrpolypoperationen; die oberflächliche, durch Cocain bewirkte Anästhesie erleichtert nur solche Manipulationen, wie Sondirung etc.

Bezüglich der Nase erleichtert Cocain die Untersuchung, wie auch die oberflächlichen Cauterisationen, nicht aber die tieferen und nicht das Ecrasement. — Bei acutem Schnupfen ist der Effect schnell vorübergehend; es verkürzt nicht die Dauer der Krankheit.

Beim Rhinoscopiren und Operationen im Nasenrachenraume (30 Fälle) wo vorläufige Uebungen zu nichts geführt hatten, hat auch Cocain den Erwartungen des Verf. niemals entsprochen (selbst nach 12 Bepinselungen).

Als Palliativ ist Cocain bei Kehlkopftuberculose nützlich.

Ref. wendet Cocain fast immer bei Galvanocauterisationen der Nase an; ohne Zweifel, volle Anästhesie ist selten zu bekommen, aber es ist auch richtig, dass in überaus meisten Fällen die Schmerzhaftigkeit der Operation entschieden dadurch vermindert ist. — In zwei Fällen von Ohrpolyp gab Cocain keine Anästhesie. — Auch bei Kehlkopfpolypenoperationen konnte Ref. nur mässig befriedigende Resultate erzielen. 1) Frau B., 60 Jahre alt; ein bohnengrosser Polyp an der oberen Fläche des rechten Stimmbandes. Nach kurzzeitigen Uebungen wandte man Cocain (von Merk, 20 pCt., 4—5 Bepinselungen) zwei Mal an — ohne Erfolg. Nach einigen Tagen wurde Polyp ohne Cocain abgetragen. — 2) Eine Frau, 35 Jahre alt, mit breitsitzenden kleinen papillomatösen Wucherungen im vorderen Winkel und auf den vorderen Enden der Stimmbänder. Zu starkes Herabhängen des Kehldeckels und die Reizbarkeit der Kranken erschwerte sehr die Einführung der Instrumente. Nach langen Vorübungen und vielen misslungenen Versuchen wandte man Cocain an (10 pCt. mit Morph.; 3—4 Einspritzungen nach einander).

Der Hauptvortheil der Cocainisirung in diesem Falle war, dass man, ohne sich zu sehr durch Spasmen stören zu lassen, den Kehldeckel mit dem Stiel der Pincette nach oben heben, und so sicherer zum Ziel kommen konnte. Es bedurfte also 6 solcher Sitzungen, bis es gelungen war, die Operation zu beenden. E. Stepanow.

Casuistisches über die anästhesirende Wirkung des Cocains. Von Docenten Dr. Chiari in Wien. (Wiener Allgem. med. Ztg. No. 3, 1885.)

Verf. theilt zunächst mit, dass Störk, Zaufal, Ganghofner in einzelnen Fällen keine oder nur ungenügende anästhesirende Wirkung erzielten. Er theilt nun selbst einen Fall aus seiner Praxis mit: Ein 40jähriger kräftiger Herr hatte Papillome im Larynx bei ausserordentlicher Reizbarkeit des Rachens und Kehlkopfes. Meist traten schon bei blosser Einführung des Spiegels Würg- und Brechbewegungen auf etc.;

jeder Versuch, eine Sonde nur bis zum Kehldeckel einzuführen, war vergeblich. Mehrmalige bis 5malige Einpinselungen einer 20procentigen wässerig-alkohol. Lösung von Cocain (!) stumpfte die Reizbarkeit nicht ab. Erst nachdem mehrere Wochen durch Einübungen die Reizbarkeit in etwas abgestumpft war, wirkte das Cocain und führte völlige Empfindungslosigkeit herbei. V.

Ueber die Wirkung parenchymatöser Arsenikinjectionen bei Kröpfen. Von Dr. Dumont. (Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1884, No. 9.)

Verf. behandelte 26 Fälle verschiedener Kropfformen mit Injectionen von Solutio Fowleri (wöchentlich ein Mal 10 Tropfen). Bei Colloid- und folliculären Strumen zeigte sich wenig Reaction und kein besonderer Erfolg; bei Cysten starke Reaction, die von 3 Fällen in zweien zu Strumitis führte, welche die Excision der Struma nöthig machte. In den nicht operirten Fällen trat deutliche Verkleinerung auf. Bei den hyperplastischen Kröpfen trat mässige Reaction mit mehr oder weniger deutlicher Verkleinerung, bei den hyperplastischen mit Colloidknoten trat deutliche Besserung ein. Besondere Nachtheile wurden (bei den 132 Injectionen in Summa) nicht beobachtet. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass die Solutio Fowleri gegen die bisher zur Injection gebrauchten Mittel keine besonderen Vortheile voraus hat. Heinze.

Grosser Tumor an der Wange, schwere Zufälle durch ein caustisches Pflaster. (Tumeur volumineuse de la joue; accidents graves consécutifs à l'application d'un emplâtre caustique.) Von Dr. Vaupeteghem. (Bulletin médical du nord, publié par la société centrale de médecine du département du nord. Mars 1884.)

Eine 50jährige Frau hatte seit 10 Jahren eine faustgrosse Geschwulst an der rechten Wange. Patientin verweigerte die Operation. Ein caustisches Pflaster wurde von einem Quacksalber aufgelegt und bald darauf trat Albuminurie mit einem eclamptischen Anfall und Hydrops auf. Nach dreimonatlicher Behandlung war der Tumor merklich abgefallen, nach fünf Monaten wurde die Nephritis geheilt. Es traten aber linksseitige Taubheit, Facialislähmung, Lähmung der Extensoren der Füsse, unvollständige Lähmung der Extensoren der Arme auf. Diese Nephritis, besonders aber die Extensorenlähmung werden besonders bei Bleiintoxication, seltener bei Arsenik und Phosphorvergiftungen beobachtet. Dr. P. K.

Fehlen der Bacterien in der Gebirgsluft. (Absence des bactéries dans l'air des montagnes.) Von Dr. Miguel. (Semaine médicale und annales de la société medico-chirurgicale de Liège. Januar 1885.)

Der Autor hat die Luft auf den Gipfeln der schneeigen Berge und in der Umgebung des Thuner Sees untersucht. Er hat gefunden, dass 10 Cubikcentimeter Luft folgende Quantitäten enthalten:

In der Höhe von 2000—4000 Metern . . .	keine	Bacterien.
Am Thuner See (560 Meter)	3	„
Am Hôtel Bellevue (500 Meter)	21	„
In einem Zimmer desselben Hôtels	600	„
Im Parc Montsouris	7600	„
In Paris, Rue de Rivoli	55000	„

Verf. führt die Verminderung der Bacterien auf den verminderten Luftdruck und die verminderte Schwere zurück; die Luft kann dann nicht leicht mehr die soliden Körperchen in sich behalten; dann kommt die progressive Verminderung der Ursachen der Bacterienproduction in Betracht. Kälte hat keinen Einfluss auf diese Organismen. Der Autor fand, dass nach 11 Monaten im See von Jona eine 50 Kilogramm wiegende Eisscholle noch 750 Bacterien enthielt. Atmosphärische Microben widerstanden während 36 Stunden einem Kältegrade von 100 unter Null.

Dr. P. K.

Auszug aus einer klinischen Vorlesung über eine neue Operation für nasopharyngeale oder fibröse Polypen. (Extract from a clinical lecture on a new operation for nasopharyngeal or fibrous polypus.) Von Furneaux Jordan, Birmingham. (Brit. med. Journ. 1885, 2. Mai.)

Der Schnitt wird mit einem gekrümmten Bistouri von innen nach aussen gemacht, beginnt unter dem Nasenbein; längs des Septums wird die Nase gespalten und in der Verlängerung dieses Schnittes auch die Oberlippe; der Lappen lässt sich mit einigen Messerzügen seitlich zurücklegen und deckt den ganzen knöchernen Naseneingang auf. Es soll eine sehr wenig sichtbare Narbe bleiben. Dr. M. Sch.

Gastrostomy, Oesophagostomy, Internal Oesophagotomy, Combined Oesophagotomy, Oesophagectomy, and Retrograde Divulsion (Erweiterung vom Magen her) **in the Treatment of Stricture of the Oesophagus.** Von Samuel W Gross in Philadelphia. (The American Journal of the Medical Sciences, Juli 1884, S. 58.)

Verf. bespricht die operative Behandlung der krebsigen und narbigen Stricturen des Oesophagus getrennt auf Grundlage des mit grossem Fleiss gesammelten statistischen Materials, wovon er einen beträchtlichen Theil auf dem Wege persönlicher Anfrage erlangte. Leider werden gar keine Literaturnachweise gegeben, sondern blos die Namen der Operateure aufgezählt; auch fehlt meistens jede Andeutung darüber, ob die betreffenden Fälle schon publicirt sind, oder dem Verf. erst durch Privatmittheilung bekannt wurden. Im Ganzen sind 271 Operationsfälle wegen Verengerung des Oesophagus resp. des Pharynx zusammengestellt und aus dem Procentsatz der Erfolge schliesst Gross, dass die Gastrostomie von allen Methoden die am leichtesten auszuführende, sicherste, und die dauerndsten Erfolge versprechende sei. Der Artikel nimmt 12 Octavseiten ein, ist sehr concis und zum Ausziehen nicht geeignet. Das Manuscript des Artikels ist vom 30. April 1884 datirt. A. Schapringer (New-York).

Zum Herausnehmen der Bruchstücke der tracheotomischen Canüle ex Trachea. Von Zenenko (Botkin's kl. Wochenschr. 1884, No. 8.)

A. B., 38 J. alt, vor 10 Jahren tracheotomirt; die äussere Canüle ist abgebrochen ganz dicht am Schilde. Z. ging mit einer kleinen bogenförmigen Kornzange bis fast zur Mitte des Sternum hinein, ergriff die Canüle und konnte sie leicht heben, aber in dem Augenblick, als er sie nach vorne zur Oeffnung der Fistel drehte, schlüpfte die Canüle heraus und fiel auf die vorige Stelle. Das Herausziehen nach Auseinanderziehen der Fistel (beim herabhängenden Kopfe) half der Sache nicht. Den folgen-

den Tag wurde die Canüle auf diese Weise herausgezogen: das Bruchstück wurde mit derselben Kornzange gefasst (beim herabhängenden Kopfe), nach oben gezogen und, ohne die erste Kornzange herauszunehmen, mit einer anderen Kornzange (stärkeren und weniger gebogenen) gefasst, worauf die erste herausgenommen wurde; mit der letzteren wurde die K.-Zange bis zur Fistel-Oeffnung herangezogen und die endgiltige Entfernung mit zwei K.-Zangen ging vor sich, nachdem die Fistel-Oeffnung durch kleine Einschnitte vergrössert war.

Auf Grund dieses Falles und zwei anderer zieht der Verf. folgende Schlüsse: 1) es ist nützlich, ehe man die Canüle herauszieht, mit dem Finger die Fistel-Oeffnung auseinanderzuziehen; 2) die Operation beim herabhängenden Kopfe vorzunehmen; 3) um die Canüle in die Tiefe der Trachea mit einer stark gebogenen Korn-Zange hineinzufahren und dieselbe, je nach der Annäherung zur Oeffnung, durch eine andere minder gebogene zu ersetzen; 4) zur blutigen Erweiterung der Fistel nur im Falle eines Misslingens des beschriebenen Verfahrens zu schreiten.

Die kleinen Einschnitte und Scarificationen der Fistel-Oeffnung sind nur beim letzten Acte des Herausnehmens zulässig. Eug. Step.

Das Abfallen des Blutegels aus der Kehle beim innerlichen Gebrauch von Terpentinöl. Von Smolitschew. (Arzt, 1884, 45.)

Nachdem der Blutegel mit Ol. terebinth. zweimal erfolglos bepinselt war, gab man es innerlich in Milch ein (einen Theelöffel). Nach Verlauf einer halben Stunde wurde der todte Blutegel herausgehustet.

Eug. Stepanow (Moskau).

Ein Verfahren bei Bronchoplastik. Von A. Jacobson. (Arzt, 1884, 24.)

Eine alte lippenartige, tracheotomische Fistel war mit Erfolg auf folgende Weise geschlossen: Zu beiden Seiten der Fistel bildete man zwei mittelst ein paar Schiebpincetten fixirte Hautduplicaturen; jede Duplicatur wurde an zwei Stellen (unterhalb der Pincetten) mit einem Metalldraht durchnäht, welcher hierauf über einem abgeschnittenen Stück einer Drainröhre zusammengedreht wurde. Diese zeitweiligen Nähte standen von den Rändern der Fistel ½ Ctm. ab. Auf diese Weise wurden zwei Hautfalten in Gestalt zweier dicken Seitenlappen gebildet, die sich auf die Fistel zu schoben. In einer Entfernung von 3—4 Mmtr. vom freien Rande zog man durch dieselben lange Drähte hindurch, die durch beide Falten vollständig symmetrisch gingen (Grundnähte). Hierauf nahm man die Blutung der Faltenränder an der Stelle des Umbiegens vor, so dass die blutenden Flächen eine senkrechte Lage hatten und gegen einander gekehrt waren. Diese Einschnitte drangen nicht bis zum Unterhautzellgewebe. Die blutenden Flächen wurden mittelst des Zusammendrehens der Grundnähte mit einander vereinigt, ausser denen noch sieben andere Nähte äusserlich angebracht wurden, die von beiden Duplikaturen nur die Aussenseite fassten. Zuletzt wurden die zeitweiligen Nähte entfernt. Die Haut, welche die Fistel bedeckt hat, hob sich weder, noch senkte sie sich beim Athmen. Am 9. Tage wurden alle Nähte entfernt und die Wunde vernarbte. Zum Schlusse weist Verf. darauf hin, dass dieses Verfahren einen Vorzug vor dem sehr ähnlichen des Leon le Fort habe.

Eug. Stepanow (Moskau).

Erfolgreiche Oesophagotomie, um ein Halbpennystück zu entfernen, welches drei Jahre vorher verschluckt worden war. (Succesfull oesophagotomy for removal of a halfpenny swallowed three years previensly.) Unter Behandlung von Dr. Suckling, Birmingham. (Lancet 1885, 16. Mai.)

Der Fall betraf einen siebenjährigen Knaben; das Geldstück stak zwischen Oesophagus und Trachea, letztere war durchbrochen.

Dr. M. Sch.

Ein Fall von angeborner später Syphilis des Halses; Behandlung mit Quecksilber, Ernährung durch den Mastdarm, Heilung. (Case of late congenital syphilis of the throat, treatment with mercury, rectal alimentation, care.) Von Dr. Bruce. (Lancet 1885, 4. April.)

Der Fall betraf einen 13jährigen Knaben. Sonst nichts Bemerkenswerthes. Dr. M. Sch.

Einen Sprayerzeuger für Cocaïn beschreibt Percy Dunn in Lancet 1885, 13. Juni.

Er ist von Silber und ist zu haben bei Messrs. C. Wright & Co., 108 New-Bondstreet, London. Dr. M. Sch.

Inhalt.

I. Originalien: Gruber: Fall von Ausstossung eines necrotischen Schneckengehäuses mit Genesung. — Kirchner: Antiseptische Behandlung der Ohreneiterungen. — Hopmann: Ueber Nasenpolypen (Forts.). — Stepanow: Bemerkungen über zwei Fälle von Herpes laryngis. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Steinbrügge: Zur Corrosions-Anatomie des Ohres. — Noquet: Fall von Condylomen in den äusseren Gehörgängen. — Baratoux: Gummata des Trommelfelles. — Williams: Fall von Fractur des äusseren Gehörganges durch Contrecoup. — Green: Rundzellensarcom des Ohres. — Truckenbrod: Missbildung des Ohres. — Rothholz: Kleinhirnabscess bei chronischer eitriger Mittelohrentzündung. — Williams: Zwei Fälle von Caries des Felsenbeines. — Norris: Fall von zeitweiliger plötzlicher Wiederkehr des Hörvermögens. — Baker: Fall von objectiven Geräuschen in beiden Ohren. — Ferguson: Modification des Catheters für die Eustachische Röhre. — Knapp: Zwei Fälle von Ertaubung nach Cerebrospinal-Meningitis mit gleichzeitiger Erkrankung der Augen. — Bezold: Schluntersuchungen über das kindliche Gehörorgan. — Eitelberg: Behandlung von Mittelohrerkrankungen mittelst der Lucae-schen Drucksonde. — Notiz. — b) Pharyngo-laryngologische: Mackenzie: Fall von Kehlkopf- und Lungen-Tuberculose. — Lesch: Vom Verhältniss der tuberculösen Bacillen zu tuberculösen Verletzungen des Kehlkopfs. — Sabourin: Die Leber bei Tuberculösen. — Krüch: Ansteckung der Tuberculose in den Winterstationen im Süden. — Vallin: Contagiosität der Tuberculose und ihre Prophylaxe. — Thursfield: Aetiologie des Kropfes in England. — Nikitin: Zur Frage über die Bedeutung des Kropfes in der Aetiologie der Aphonie. — Gutknecht: Die Histologie der Struma. — Schlesinger: Tonsillotomie und Blutungen bei denselben. — Lunin: Zur Frage über die Behandlung und Statistik von Diphtheritis. — Dreier: Papayotin bei Diphtheritis. — Moure und Baratoux: Cocainum muriaticum als Anästheticum der Schleimhaut des Pharynx, des Larynx, der Nase und dessen Gebrauch bei Krankheiten dieser Organe und des Ohres. — Fronstein: Cocainum muriaticum in Kehlkopf-, Ohren- und Nasenpraxis. — Chiari: Casuistisches über die anästhesirende Wirkung des Cocains. — Dumont: Ueber die Wirkung parenchymatöser Arsenikinjectionen bei Kröpfen. — Vaupeteghem: Grosser Tumor an der Wange, schwere Zufälle durch ein caustisches Pflaster. — Miguel: Fehlen der Bacterien in der Gebirgsluft. — Jordan: Eine neue Operation für nasopharyngeale oder fibröse Polypen. — Gross: Gastrostomy, Oesophagostomy, Internal Oesophagotomy, Combined Oesophagotomy, Oesophagectomy, and Retrograde Divulsion in the Treatment of Stricture of the Oesophagus. — Zenenko: Zum Herausnehmen der Bruchstücke der tracheotomischen Canüle ex Trachea. — Smolitschew: Das Abfallen des Blutegels aus der Kehle beim innerlichen Gebrauch von Terpentinöl. — Jacobson: Ein Verfahren bei Bronchoplastik. — Suckling: Erfolgreiche Oesophagotomie, um ein Halbpennystück zu entfernen. — Bruce: Ein Fall von angeborner später Syphilis des Halses. — Dunn: Ein Sprayerzeuger für Cocaïn.

Beiträge oder Referate beliebe man an Herrn Prof. Dr. Weber-Liel in Jena einzusenden; ebenso alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive, Separat-Abdrücke und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan, Berlin S. W., Alte Jacobstr. 6.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Burow** (Königsberg i. Pr.), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart).

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität, Ohrenarzt d. Allg. Krankenhauses in **Wien**

Dr. J. M. ROSSBACH
o. ö. Prof. d. spec Pathol. u. Therap. u. Vorstand der medicin. Klinik an der Universität in **Jena**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in **München**

Dr. L. v. SCHRÖTTER
Prof. u. Vorstand d. Klinik für Halskrankh. an der Universität in **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität in **Breslau**

Dr. WEBER-LIEL
Prof. f. Ohrenheilk. u. Vorstand d. Ohrenklinik an der Universität in **Jena**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XIX. **Berlin, September 1885.** **No. 9.**

I. Originalien.

Delirium und vorübergehendes Irresein nach Operationen in der Nase.

Von

Dr. **Ziem** in Danzig.

In seiner ausgezeichneten, eine vielseitige Durchbildung auf dem Gesammtgebiete der Medicin bekundenden Monographie über Delirium tremens und Delirium traumaticum erwähnt Prof. E. Rose, dass man zuweilen unmittelbar nach heftigem Nasenbluten Delirium tremens ausbrechen sieht.*) Ob sonst Beobachtungen über zeitweise Geistesverwirrung bei und nach verhältnissmässig leichten operativen Eingriffen in der Nasenhöhle veröffentlicht sind, ist mir nicht bekannt. Mehrere derartige Fälle, die ich in den letzten Jahren beobachtet habe, dürften daher als verhältnissmässig seltene Vorkommnisse wohl einiges Interesse finden.

1. Fall: Holzhändler Janson in Hamburg, ein stattlicher Herr in den 40er Jahren, stellt sich am 27. Juni 1882 vor wegen profuser Eiterung des linken Ohres, die in Folge von Erkältung seit 1 Jahr wieder

*) Deutsche Chirurgie, Lieferung 7, S. 95.

aufgetreten ist, nachdem schon früher in der Kindheit ein Ohrenfluss bestanden hat. Pat. ist als Kind von einer syphilitischen Amme inficirt worden. Auf diesen Umstand sowohl, wie auf den vom Pat. sofort zugestandenen gewohnheitsmässigen, etwas reichlichen Genuss von Spirituosen ist wohl die ausserordentliche Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit des Pat. zu beziehen, die schon bei der Einführung des Ohrtrichters und besonders des Nasenspeculum in auffälligster Weise hervortritt. Ohrmuschel eczematös, Wangen- und Vorder-Ohrgegend geschwollen, ebenso der Gehörgang, der mit widerwärtig riechendem und mit etwas Blut vermischtem Eiter erfüllt ist. Nasenschleimhaut beiderseits stark geschwollen, besonders links, wo nur mühsam etwas Luft durchgepresst werden kann. Ord.: Ausspritzungen des Ohres mit Boraxlösung. — 28. Juni: Pat. fühlt das Ohr freier. Es wird nun mit einem geraden Flachbrenner in die linke Nasenhälfte eingegangen, derselbe auf das hintere Ende der unteren Muschel applicirt, darauf glühend und in steter Berührung mit der Schleimhaut der Muschel von hinten nach vorn durch die Nase durchgezogen, wobei ein paar Tropfen Blut fliessen. Patient, durch diesen Eingriff ausserordentlich erschrocken, zittert thatsächlich an Händen und Füssen und braucht längere Zeit, um sich zu erholen, doch bleibt der Kopf den ganzen Tag eingenommen und es folgt eine unruhige Nacht. Am nächsten Morgen mehrmals Erbrechen, auch als sich Pat. wieder bei mir einfindet und hier, ohne dass die Untersuchung oder gar die Cauterisation der Nase wiederholt wird, hochgradige Aufgeregtheit, Gliederzittern, wunderliche Gemüthsstimmung, kurz ein deutlicher Anfall von Delirium tremens. Doch kann Pat. schon nach wenigen Tagen nach Zwischenahn abreisen und erholt sich durch die dort gebrauchte Kur, besonders kalte Abreibungen, in erfreulichster Weise, mit gleichzeitiger, allerdings nur vorübergehender Besserung auch seines Ohren- und Nasenleidens.

2. Fall: Tischlermeister Immig, 39 Jahre alt, Schnapstrinker, kommt am 12. Juli 1882 wegen doppeltseitiger Otorrhoe mit Perforation der Trommelfelle. Hier bricht das Delirium schon aus, als ich zur Cauterisation der geschwollenen Schleimhaut der Nase, mit dem (kalten) Cauter in letztere eingehend, die Schleimhaut an einer Stelle leicht verletze, so dass dieselbe etwas blutet. Ehe die Cauterisation vorgenommen war, springt Pat. mit irrem Gesichtsausdruck und drohender Geberde plötzlich vom Stuhle auf und will zu Thätlichkeiten übergehen, so dass ich ihm energisch entgegentreten muss. Einige Wochen später konnte die Nasenschleimhaut ohne weiteren Zwischenfall cauterisirt werden, nachdem sich Pat. inzwischen der Spirituosen, thatsächlich oder angeblich, vollständig enthalten hatte.

3. Fall: Pfarrer S. aus Pelplin, 41 Jahre alt, wird wegen einer kurz nach Weihnachten aufgetretenen eitrigen, perforirenden Mittelohrentzündung am 19. Februar d. J. von Herrn Sanitätsrath Dr. Hildebrandt in Danzig gütigst an mich gewiesen. Als Ausgangspunkt des Leidens vermuthe ich eine Blennorrhoe der entsprechenden Kieferhöhle. Am 20. Febr. wird dieselbe vom Alveolarfortsatz aus mittelst eines 2 Mm. dicken Drillbohrers mit Leichtigkeit eröffnet und eine reichliche Eitermenge durch Irrigation entleert. Als am nächsten Tage die $1^1/_2$ Mm. dicke Irrigationscanüle eingeführt war, wobei allerdings der Rand der Bohr-

öffnung etwas geschrammt wurde, und die zu solchen Ausspülungen schon öfter von mir verwendete Druckpumpe (eine gewöhnliche Clysopompe) 2 oder 3 Stösse gethan hat, springt Pat. mit irrem, fanatischem Gesichtsausdruck und erweiterten Pupillen unversehens vom Stuhle auf und packt mich gewaltsam am Arme. Von der Dienerin unterstützt, bringe ich ihn mit Mühe auf das Sopha; es dauert einige Minuten, bis er zu sich kommt und mehr als ½ Stunde, bis er sich vollkommen erholt hat und bis das Schwindelgefühl, von dem er seiner Angabe nach befallen war, ganz geschwunden ist. Innerhalb der 8-wöchentlichen Behandlungsdauer und trotzdem auch noch die zweite Kieferhöhle eröffnet werden musste, stellte sich bei der täglichen Irrigation beider Höhlen ein gleicher Unfall nicht wieder ein, auch nicht, als Patient, der wegen seiner Amtspflichten die Beendigung der Kur nicht in Danzig abwarten konnte, in den letzten Wochen die Einführung der Canüle von der ungeübteren Hand eines Verwandten oder seines Küsters besorgen liess.

In den beiden ersten Fällen könnte man versucht sein, den nachweislichen Alcoholmissbrauch ausschliesslich für das Auftreten der psychischen Störung nach der operativen Verletzung verantwortlich zu machen, da bekanntlich auch sonst anscheinend geringfügige Verletzungen bei Trinkern zuweilen zum Ausbruche von Delirien Veranlassung geben. In der That wird es sich empfehlen, bei Trinkern dergleichen Operationen in Zukunft erst nach mehrwöchentlicher Enthaltung von Spirituosen vorzunehmen. Im 3. Falle fehlt aber ein derartiges Moment vollkommen und Pfarrer S. ist niemals ein Bacchusknecht gewesen. Der 2. Fall unterscheidet sich noch dadurch vom ersten, dass der Anfall hier schon ausbricht, ehe die beabsichtigte Verbrennung der Nasenschleimhaut stattgefunden hat, so dass er an die leichte Verletzung der Schleimhaut mittelst des kalten Cauters sich unmittelbar anschliesst. Allen 3 Fällen gemeinsam dürfte der von Kratschmer nachgewiesene Einfluss der Reizung der Nasenschleimhaut auf Verlangsamung der Herzthätigkeit sein, doch habe ich, aus allerdings leicht begreiflichen Gründen, leider versäumt, eine Untersuchung des Pulses während des Anfalles selbst vorzunehmen. Im 3. Fall ist ferner, wie Patient später angab, die Einführung der Canüle in die Kieferhöhle etwas schmerzhaft gewesen, doch habe ich bei einer beträchtlichen Anzahl von Kranken oftmals Tag für Tag diese Manipulation vorgenommen und dabei mit der Sondirung manchmal rechte Noth gehabt, ohne je wieder einen so stürmischen Auftritt zu erleben. Möglicherweise ist hier auch die Irrigationsflüssigkeit zu schnell und zu kräftig in die Kieferhöhle eingetrieben worden, ein Umstand, der bei manchen Kranken besonders im Anfange der Behandlung allerdings zu Kopfschmerzen Veranlassung giebt. Zur Erklärung des ersten Falles lassen sich jedoch noch einige weitere, nicht uninteressante Momente heranziehen.

So ist hier zunächst zu erwähnen, dass nach Galvanocausis in der Nase 1) eine Art Stupor, eine secundenlange Betäubung der Betreffenden nicht selten*) zu beobachten ist, besonders wenn man, der allgemein

*) Dr. Hack scheint ein ähnliches Ereigniss, und zwar in Form heftiger Schwindelanfälle nur einmal beobachtet zu haben. (Erfahrungen auf d. Gebiete der Nasenkrankheiten S. 84.)

gegebenen Regel folgend, sich bemüht, unblutig zu operiren. — Ferner dürften einige bei Augen- und Ohrenkranken von mir gemachte Beobachtungen, sowie eine Mittheilung aus Prof. Voltolini's Praxis in der vorliegenden Frage nicht bedeutungslos sein. Ich führe dieselben hier kurz an:

2) (Unblutige) Cauterisation der stark geschwollenen Nasen-Schleimhaut am Vorderende der rechten unteren Muschel bei einem 53jährigen, in Folge einer Verletzung auf dem rechten Auge erblindeten Seemanne am 5. März 1879. Tags darauf spontane und Druckempfindlichkeit in der Ciliargegend des erblindeten Auges, die nach Abschwellung der cauterisirten Nasenschleimhaut sich wieder verliert.

3) Cauterisation der Nasenschleimhaut am Hinterende der unteren Muscheln unter Leitung des Spiegels im Sommer 1879 bei dem 41jähr. Geschäftsführer einer Tabaksfabrik, der wegen Blennorrhoe und alternirender Zuschwellung der Nase und heftigen Hinterhauptsschmerzen in Behandlung stand*). Hierauf Anschwellung am Hinterende der rechten mittleren Muschel, die gleichfalls cauterisirt wird. Nach wenigen Tagen Trübsehen und Herabsetzung der Sehschärfe des rechten Auges um mehr als $^1/_3$ und Venenpuls auf der rechten Sehnervenpapille.

4) Cauterisation der stark geschwollenen Nasenschleimhaut am Vorderende der linken unteren Muschel, sowie galvanocaust. Stichelung und Zerstörung einer die Thränenröhrchen umfassenden höckerigen, gefässreichen, erectilen Geschwulst im linken inneren Augenwinkel bei einer 25jährigen nervösen Frau im Juni 1879. Nach einigen Wochen Verminderung der Sehkraft des linken Auges mit venöser Hyperämie des Augenhintergrundes.

5) Links unblutige, rechts (durch absichtliches Abreissen des Galvanocauters von der Schleimhaut**) blutige Cauterisation der geschwollenen Nasenschleimhaut am Vorderende der unteren Muschel am 12. Oct. 1883 bei einem 24jährigen Fräulein aus Altona, die anderwärts erfolglos an chronischer Blepharadenitis behandelt worden, über Spannung in beiden Augäpfeln klagt und hämophile Disposition besitzt. Die unmittelbar nach der Operation vorgenommene ophthalmoscopische Untersuchung zeigt Venenpuls der Sehnervenpapille nur am linken Auge, das nun zugleich, objectiv und subjectiv, stärker gespannt ist, als das rechte Auge.

6) Cauterisation von Granulationen, die aus einem Wilde'schen Schnitt hinter beiden Ohrmuscheln bei einem 4jährigen Mädchen hervorwuchern, das an doppeltseitiger Ohreiterung mit Perforation der Trommelfelle im Verlaufe von Scharlach erkrankt ist. Unmittelbar nach diesem Eingriff (am 8. Juli 1879) stärkere Herabsetzung des Hörvermögens, einige Tage später schwankender Gang, bald darauf tödtlicher Ausgang.

7) Galvanocaust. Zerstörung von polypösen Wucherungen im Gehörgang bei einem 30jährigen, seit Kindheit an Otorrhoe leidenden Pastor; nach 14 Tagen Ohrblutung und Tod des Pat.***).

Offenbar hat hier überall nach der Application des Galvanocauters und in Folge der durch die Glühhitze bewirkten plötzlichen Verdrängung

*) cfr. diese Monatsschr. No. 4, 1880.
**) cfr. d. Monatsschr. No. 6, Seite 168, 1885.
***) Beobachtung von Prof. Voltolini, cfr. Monatsschr. No. 3, S. 57, 1882.

des Blutes aus den betreffenden Geweben eine Rückstauung zu benachbarten Theilen hin stattgefunden und eine locale Erhöhung des Blutdrucks daselbst Platz gegriffen:

an der mittleren Nasenmuschel nach Versengung der unteren (3),
am Ciliarkörper, dem Schwellorgan des Auges, und an der Sehnervenpapille nach Cauterisation der unteren und mittleren Nasenmuschel und des Lidwinkels (2, 3, 4, 5),
im mittleren und inneren Ohre nach Versengung der aus dem Mittelohr (7) sowie aus dem Wilde'schen Schnitt (6) hervorgehenden Wucherungen,
an den Meningen nach Cauterisation der Nasenschleimhaut (1).

Wenn auch bei verschiedenen der erwähnten Patienten (3, 4, 5) der Circulationsapparat sich in einem sehr labilen Gleichgewicht befand, so kann doch das abnorm leichte Eintreten einer Schwankung in der Blutvertheilung einer Verallgemeinerung dieser Beobachtungen im Grunde nicht entgegenstehen. Derartige feinere Verhältnisse kann man offenbar nicht bei jedem Böotier studiren. Der unter 5 angeführten Doppelbeobachtung dürfte fast der Werth eines Experimentes beizumessen sein und es konnte hier die Congestion zum inneren Auge nach Einwirkung der Glühhitze auf die Nasenschleimhaut direct mittelst des Spiegels festgestellt werden.

In ähnlicher Weise hat wohl bei Herrn Janson die Application des Galvanocauters auf das cavernöse Gewebe der Nasenschleimhaut einen Blutandrang nach den Meningen und eine Reizung derselben bewirkt. Während aber unter normalen Verhältnissen eine derartige örtliche Kreislaufsstörung leicht und bald ausgeglichen wird, musste die plötzliche Vermehrung der Blutfülle der Hirnhäute im vorliegenden Falle bei der in Folge der chronischen Alcoholintoxication wohl schon vorhandenen habituellen Hyperämie derselben zum Ausbruche des Deliriums um so leichter Veranlassung geben, als durch die frühzeitig übertragene syphilitische Infection das Allgemeinbefinden des Pat. nicht unbeeinträchtigt geblieben sein wird.

Wenn gegen übermässige und kritiklose Verwendung des Galvanocauters in der Nase neuerdings schon Mackenzie sich ausgesprochen hat*), so kann man auch aus dem im Vorhergehenden ausführlicher geschilderten Falle, sowie aus mehreren der übrigen kurz mitgetheilten Beobachtungen die Warnung entnehmen, bei nachweislich schon bestehenden pathologischen Veränderungen der Hirnhäute sowie des Seh- und Hörorgans, ja schon bei Verdacht auf solche, mit der Galvanocausis, besonders mit der unblutigen Methode derselben, in der Nase vorsichtig zu sein. Dass zwar eine mit der Versengung der Schleimhaut absichtlich verbundene tüchtige Blutentziehung in der Nase bei Herrn Janson zu ähnlichen oder noch schwereren Erscheinungen Veranlassung gegeben haben würde, wie solche bei dem anderen Potator im 2. Falle aufgetreten sind, ist sehr wahrscheinlich. Doch soll zum Schlusse noch erwähnt werden, dass ich im Jahre 1881 in Alexandrien bei einem in Folge von chronischer Meningitis doppeltseitig erblindeten Araber die bis dahin bestandenen heftigen Kopfschmerzen durch galvanocaustische Blutentzie-

*) Krankheiten des Halses und der Nase. II. Band.

hung in der Nase vollkommen beseitigt und seitdem an einer Reihe von Kranken bei Hyperämie der Nasenschwellkörper dasselbe Verfahren mit günstigstem Erfolge angewendet habe.

Zur Anwendung des Gaumenhakens.

Von

Dr. **Ziem** in Danzig.

Selbstverständlich hat man schon vor Einführung des Voltolinischen Gaumenhakens rhinoscopiren können, wie dies am objectivsten aus den vortrefflichen Abbildungen hervorgeht, welche Semeleder, W. Meyer[1]) u. A. von pathologischen Zuständen des Nasenrachenraumes gegeben haben. Dennoch ist die Anwendung des Gaumenhakens als ein wesentlicher Fortschritt zu bezeichnen, da man hiermit 1) in den meisten Fällen nach nur wenigen Vorübungen oder sofort die rhinoscopische Untersuchung vornehmen und 2) grössere Spiegel als früher einführen kann. Letztere gewähren, besonders bei Benutzung von Sonnenlicht, die Möglichkeit einer feineren Unterscheidung, sowie einer schnelleren und umfassenderen Orientirung. So war auch für mich im Sommer 1878 in Breslau, nach ziemlich ergebnisslosen Bemühungen auf der Klinik in X., durch Nasenrachentrichter die Geheimnisse des Nasenrachenraumes zu erfassen, die Freilegung des letzteren mittelst der von Prof. Voltolini geübten Untersuchungsmethode eine geradezu überraschende Erfahrung. Seit dieser Zeit ist der Gaumenhaken für mich ein unentbehrliches Instrument geworden. Ich habe denselben u. A. bei einer grossen Anzahl von Italienern, Griechen und Arabern während eines 2jährigen Aufenthaltes in Alexandrien mit günstigstem Erfolge angewendet, unter Verhältnissen also, welche bei der Unvollkommenheit oder Mangelhaftigkeit meiner Sprachkenntnisse noch weitere erschwerende Momente für die an und für sich schon schwierige Kunst der Untersuchung des hinteren Nasenabschnittes ergaben. Was man in spöttischer Weise der Untersuchungsmethode mittelst der Nasenrachentrichter vorgeworfen hat, dass sie nämlich nur bei böhmischen Nasen anwendbar sei —, eine ähnliche locale oder nationale Disposition ist für den Gaumenhaken jedenfalls nicht vorhanden. Derselbe erscheint mir wenigstens als ein wichtigeres und weiter tragendes Mittel, die Untersuchung sowohl wie gewisse Operationen im Nasenrachenraum zu erleichtern, als die jetzt modernen Cocain-Bepinselungen. Mit Hilfe des Gaumenhakens kann man ferner oftmals auch bei diffusem Tageslicht rhinoscopiren, da man durch Anwendung grösserer Spiegel den Nasenrachenraum auch so oft genügend zu beleuchten vermag. Es ist eine auffallende Thatsache, dass einerseits auch bedeutende Specialisten die Nützlichkeit des Gaumenhakens für rhinoscopische Untersuchungen oder Operationen noch immer in Abrede stellen oder denselben geradezu verwerfen, während andererseits Chirurgen von Fach, wie C. Hueter und F. König durch Aufnahme der

[1]) Arch. f. Ohrenheilk., VII. und VIII. Band.

Voltolini'schen Methode in ihre Lehrbücher die Vortrefflichkeit des Gaumenhakens als eines echt chirurgischen Instrumentes schon längst anerkannt haben.[2])

Ob freilich eine regelrechte Spiegeluntersuchung zur Erkenntniss der Affectionen des Nasenrachenraumes in allen Fällen erforderlich ist, das ist eine andere Frage. Ich glaube, dass dieselbe verneint werden darf und dass die Speculirung durch ein einfacheres Verfahren manchmal genügend ersetzt werden kann.

Während nämlich das Hervorziehen des Gaumensegels mittelst des Hakens[3]) bei Gesunden von auffälligen Erscheinungen nicht begleitet zu sein pflegt und insbesondere vor und nach dieser Manipulation gleichmässig frei durch jede Nasenhälfte geathmet werden kann, wird bei solchen, die mit Anschwellungen der vorderen oder hinteren Muschelenden behaftet sind, durch die Anlegung des Hakens die Durchgängigkeit der Nase sofort geändert. Eine oder beide Nasenhälften werden freier, wenn sie zuvor verstopft waren, oder verschliessen sich stärker, wenn sie zuvor durchaus frei zu sein schienen. Das Eintreten einer Veränderung in der Durchgängigkeit der Nase deutet jedesmal auf eine Affection des cavernösen Gewebes hin, kommt ohne solche bei Geschwülsten der Nase und des Nasenrachenraumes allein nicht vor und fehlt natürlich auch bei completer Schleimhautatrophie im Endstadium der chronischen Blennorrhoe. Von diesem Verhalten kann man besonders bei solchen Kranken Nutzen ziehen, die wegen anderer Leiden Rath suchen und bei denen ausserdem eine latente, dem Betroffenen selbst oft gänzlich unbekannte Affection des hinteren Abschnittes der Nasenschwellkörper zu vermuthen ist. Prüft man in einem solchen Falle in der bekannten Weise die Durchgängigkeit jeder Nasenhälfte einzeln und fährt dann, während die Zunge mit dem Finger oder einem Spatel heruntergedrückt wird, mit dem Haken schnell hinter das Gaumensegel, so kann hierdurch die An- oder Abwesenheit einer Anschwellung in der einfachsten, auch den Kranken überzeugenden Weise nachgewiesen werden, und zwar selbst bei starker Contraction der Rachen- und Gaumenmusculatur, wo die Einführung eines Spiegels zunächst nicht möglich ist.

a) Wie die Anschwellung hierbei vor sich geht, habe ich schon im Jahre 1879 in ausgezeichneter Weise direct mit dem Rachenspiegel bei einem Kranken beobachtet, der wegen chronischer Nasenblennorrhoe und alternirender Zuschwellung beider Nasenhälften in Behandlung stand: unter meinen Augen trat hier eine mehr und mehr zunehmende richtige Erection der cavernösen Plexus ein bis zu maximaler Spannung des Gewebes. Durch das feste Hervorziehen des Gaumensegels wurde offenbar das Blut aus demselben herausgepresst und in die schlaffwandigen, abnorm erweiterten Cavernen am Hinterende der Nasenmuscheln hinein-

---

[2]) Vergl. Hueter's Grundriss, König's Lehrbuch der Chirurgie.

[3]) Ich benutze fast stets den einfachen Voltolini'schen Haken, der keine seitlichen Ansätze hat. v. Schrötter's Cautschukhaken (Monatsschr. No. 8, 1882) ist allerdings manchen Pat. angenehmer, hat aber, wie alle Cautschuk-Instrumente, den Nachtheil, dass er nicht leicht verlässlich, besonders durch Auskochen, gereinigt werden kann.

gedrängt. Aehnliche Beobachtungen haben Voltolini[4]) und Hack[5]) publicirt, doch hat in ersterem Falle die directe Berührung des erectilen Gewebes mittelst eines kleines Schwammes durch die bestehende Gaumenspalte hindurch, im zweiten die Application des Galvanocauters auf die seitliche Rachenwand noch einen besonderen Reiz auf die Schleimhaut ausgeübt.

b) Andererseits giebt es, wie erwähnt, Fälle, in denen auf Application des Gaumenhakens die Nase freier wird. So fand ich es z. B. im Sept. 1882 in Hamburg bei einem 32jähr., äusserst reizbaren Manne, der in einem Krankenhause schon längere Zeit an sogen. hysterischen Oesophaguskrampf behandelt worden war und bei dem die Einführung der Schlundsonde ohne jedes Hinderniss von Statten ging. Die durch obiges Experiment nunmehr einfach und auf's Deutlichste nachgewiesene habituelle Erschlaffung der Nasenschwellkörper schien mir der Ausgangspunkt von Schlingbewegungen zu sein, die zur Beseitigung der abnormen Empfindung im Nasenrachenraum reflectorisch in steigender Häufigkeit ausgelöst, schliesslich zu clonischen Oesophaguskrämpfen geführt hatten. Auf die vorgeschlagene galvanocaustische Verkleinerung der Nasenschwellkörper liess sich Pat. leider nicht ein, so dass die Richtigkeit meiner Annahme allerdings dahingestellt bleiben muss.

Auch eine Beobachtung aus Voltolini's Praxis dürfte hierher gehören, die allerdings von Voltolini selbst anders gedeutet wird[6]). Durch die in diesem Falle angestellten und a. a. O. näher beschriebenen Experimente scheint es mir durchaus nicht erwiesen, dass die eigenthümliche Configuration des Gaumens und die von Voltolini vermuthete senile Schrumpfung des Gaumensegels die Ursache für das bestehende Athmungshinderniss, für die „scheinbare Verstopfung der Nase" bei dem betreffenden Lehrer abgegeben haben. Sicherlich nicht beim gewöhnlichen Athmen, in der Ruhelage des Gaumens, wobei der Kranke doch auch „nicht genügend Luft durch die Nase" bekam, da in dieser das Velum der Zunge regelmässig dicht anliegt. Ist dagegen auch hier eine Erschlaffung des Nasenschwellgewebes vorhanden gewesen, die durch Application des Hakens jedesmal ausgeglichen wurde und daher auch rhinoscopisch nicht wahrzunehmen war, so verliert der Fall seine Absonderlichkeit und ist in guter Uebereinstimmung mit ähnlichen Beobachtungen, die man gerade bei Lehrern, Rednern, Schauspielern u. dergl. Personen nicht ganz selten machen kann.

Die Anlegung des Hakens dürfte nur in den seltensten Fällen unmöglich sein. Wenn auch manchmal, besonders bei Potatoren, Erbrechen hiernach eintritt, oder eine förmliche Speichel-Ejaculation aus den Stenonschen Gängen in bogenförmigem Strahl stattfindet, was ich bei 3 Pat. gesehen habe, so sind dies doch nur relative Hindernisse[7]). Ein abso-

---

[4]) Diese Monatsschrift No 4, 1877.

[5]) Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten. 1884. Seite 40 und 74.

[6]) Rhinoscopie Seite 167.

[7]) Uebermässige Speichelabsonderung aus den Glandd. submaxill. und sublingual., die manchmal die Rhinoscopie erschwert, kann durch das Unterlegen kleiner Schwammstücke unter die Zunge oder unter den Spatel eliminirt werden.

lutes Hinderniss dagegen schien einmal bei einem der beiden soeben erwähnten Kranken, einem Telegraphenbeamten K., in einer hochgradigen Zungenneuralgie gegeben zu sein (1879). So oft man die Zunge niederzudrücken suchte, um mit dem Haken hinter das Velum zu gelangen, erfolgte ausser einem reichlichen Speichelerguss ein so heftiger neuralgischer Anfall, dass Pat. schreiend vom Stuhle aufsprang. Den Ursprung der Neuralgie suchte ich in einem cariösen unteren Backzahn, doch hat sich Patient zu der angerathenen Extraction desselben damals nicht entschliessen mögen, um so weniger, als der Zusammenhang beider Affectionen anderwärts nun frischweg in Abrede gestellt wurde. Doch war man anderwärts natürlich ebensowenig im Stande, eine rhinoscopische Untersuchung vorzunehmen oder gar den Pat. von seinem Nasenasthma, seinen Nieskrämpfen, sowie einer hochgradigen Hyperhydrosis und anfallsweise auftretender Röthung des Gesichts zu befreien, auch nicht durch Versengen der vorderen Muschelenden, an denen nichts zu versengen war. Nach meiner Rückkehr hierher (1884) stellte sich Pat., der den betreffenden Zahn inzwischen doch hatte entfernen lassen und schon hierdurch allein eine nicht unbeträchtliche Besserung gewonnen hatte, wegen venöser Hyperämie der Sehnervenpapille und der daraus resultirenden Beschwerden wieder bei mir ein. Auch jetzt noch folgte der Application des Gaumenhakens ein strahlförmiger Erguss aus den oberen Speichelröhren, doch gelang die Einführung des Hakens, die regelrechte Spiegeluntersuchung, sowie die Entfernung der kolbig angeschwollenen Hinterenden der unteren Nasenmuscheln und einer Anzahl platter, fibröser Excrescenzen am unteren Choanenrand nunmehr ohne besonderen Zwischenfall und mit Beseitigung aller den Pat. belästigenden Erscheinungen.

Selbstverständlich kann man zur Constatirung einer Anschwellung im hinteren Nasenabschnitt anstatt mit dem Haken auch mittelst des Fingers das Velum nach vorne ziehen, doch ist der platte Haken meistens leichter einzuführen, als der jedenfalls umfänglichere Finger, abgesehen davon, dass bei letzterem Verfahren noch ein Theil der Hand in Mund und Rachen des Pat. eingezwängt werden muss. Doch giebt es auch Kranke, welchen die Einführung des Fingers in den Nasenrachenraum weniger unangenehm ist, als die des Hakens. Ebenso kann ich die Angabe König's, dass zur Feststellung des Ausgangspunktes und der Grenzen einer bösartigen Rachengeschwulst die Fingeruntersuchung manchmal werthvoller ist, als die übrigen Untersuchungsmethoden, nach eigener Erfahrung bestätigen.

Von einem methodischen Hervorziehen des Gaumensegels mittelst des Hakens kann man bei habitueller oder periodischer Anschwellung der Nasenschleimhaut einen dauernden Erfolg natürlich ebensowenig erwarten, wie von den sonderbarer Weise auch zu diesem Zwecke empfohlenen Cocain-Bepinselungen. Eine practische Bedeutung hat das Hakenexperiment aber auch noch insofern, als man bei positivem Erfolge desselben nun ohne Weiteres mit einem geraden Flachbrenner in die Nase eingehen und ihn auf das Hinterende der Schleimhaut einwirken lassen kann. So habe ich bei einer grossen Anzahl von Patienten im Alter von 7—78 Jahren die Nasenschleimhaut cauterisirt, oft ohne Controle mittelst des Spiegels oder des eingeführten Fingers. Sieht man sich aber nicht ausserdem noch nach den veranlassenden Reizmomenten um

(Blennorrhoe der Nase und Nasennebenhöhlen, Zahncaries, Hypertrophie der Tonsillen und der Milz[8]), Art und Weise der Beschäftigung und Wohnung u. s. f.), so bleibt freilich auch eine wochen- und monatelang fortgesetzte regelrechte Localbehandlung der Anschwellungen ein einförmiges, unbefriedigendes Geschäft: expellas furca, tamen usque recurrent.

Zur Schallleitung durch die Kopfknochen.

Von

Dr. med. **E. Bartsch** in Parchim.

Die von E. H. Weber[1]) constatirte Thatsache, dass eine tönende Stimmgabel von den Kopfknochen aus stärker auf dem gesunden Ohre gehört wird, dessen äusserer Gehörgang verstopft ist, hat ja bekanntlich dadurch, dass auch in pathologischen Fällen, in den Fällen nämlich, wo Abnormitäten im schallzuleitenden Apparat (äusseren Gehörgang oder Mittelohr) bestehen, die Stimmgabel durch die Kopfknochenleitung stärker auf dem afficirten Ohre gehört wird, eine grosse Bedeutung für die differentielle Diagnostik der Krankheiten des inneren Ohres und des schallzuleitenden Ohres erlangt. Eine allgemein als sicher angenommene Erklärung für diese Thatsache giebt es aber immer noch nicht.

Nach Mach[2]) soll diese Verstärkung des Stimmgabeltons durch Hemmung des Schallabflusses entstehen.

von Troeltsch[3]) schliesst sich Mach an.

Rinne[4]) und Toynbee[5]) erklären die Verstärkung aus der vermehrten Resonanz der Luft im äusseren und mittleren Ohre.

Politzer[6]) stimmt der Erklärung von Mach zu, lässt aber auch die von Rinne und Toynbee gelten und fügt als weiteren Grund noch die veränderte Spannung des Trommelfells und der Gehörknöchelchen hinzu.

Urbantschitsch[7]) meint, dass vielleicht auch die Behinderung der Schallzuführung mittelst Luftleitung für die ungestörte und deshalb bessere Perception der dem Ohre durch Knochenleitung zugeführten Schallwellen nicht ohne Bedeutung sei.

Nach Lucae[8]) ferner entsteht die Schallverstärkung auf dem ver-

---

[8]) Cystenbildungen der Bursa pharyngea, wie Dr. Tornwaldt in einer vortrefflichen, soeben bei Bergmann in Wiesbaden erschienenen Abhandlung nachgewiesen hat.

[1]) De pulsu, auditu et tactu. Lips. 1834, s. Archiv für Ohrenheilkunde I. Bd., S. 303. Lucae.

[2]) Moleschott's Untersuchungen zur Naturlehre, Bd. IX, S. 304 und Sitzungsberichte der Wiener Akademie 1863.

[3]) v. Troeltsch, Lehrbuch der Ohrenheilkunde a. 1881, pag. 274.

[4]) Prager Vierteljahresschrift 55, pag. 113.

[5]) Toynbee, Lehrbuch, Uebersetzung pag. 99 und 100.

[6]) Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. I, pag. 318 und Lehrbuch pag. 206, anno 1878, I. Bd.

[7]) Urbantschitsch, Lehrbuch der Ohrenheilkunde a. 1884, pag. 34.

[8]) Lucae, Schallleitung durch die Kopfknochen, Würzburg 1870, pag. 22 und Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften, a. 1863, No. 40.

stopften oder im äusserem oder mittleren Theile kranken Ohre durch erhöhten Druck auf das Labyrinth, durch Resonanzsteigerung, nicht aber durch behinderten Schallabfluss, und auch Brunner findet in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde a. 1884, Bd. XIII, pag. 265 (an dieser Stelle spricht er allerdings nur vom erkrankten Ohre, während die vorhin erwähnten Autoren gleichzeitig vom künstlich verstopften und vom kranken Ohr sprechen) den Grund für das Stärkerhören mehr in der (pathologisch) verstärkten Resonanz, auch er verwirft, wie Lucae, die sogen. Schallabflusstheorie.

Es sind also, so weit mir aus der Litteratur über diesen Gegenstand bekannt geworden ist, 5 Erklärungen für das Weber'sche Phänomen vorhanden: Hemmung des Schallabflusses, vermehrte Resonanz, veränderte Spannung des Trommelfells und der Gehörknöchelchen, erhöhter Druck auf das Labyrinth (letztere beiden stehen in so nahem Verhältniss zu einander, denn ohne Spannungsänderung des Trommelfells ist, bei dem Drucke, den Lucae hier meint, vom äusseren Gehörgang aus, auch keine Druckerhöhung im Labyrinth denkbar, dass man die beiden auch unter eine Rubrik bringen könnte), und endlich Behinderung der Schallzuführung mittelst Luftleitung.

Was den verhinderten Schallabfluss, der als Grund des Stärkerhörens aufgeführt wird, betrifft, so sind anscheinend die Autoren, die das Wort Schallabfluss gebraucht haben, von einer irrthümlichen Auffassung ausgegangen. Sie scheinen nämlich zu glauben, dass die Schwingungsamplitude eines schwingenden Körpers grösser sei, wenn derselbe andere Körper nicht in Schwingungen versetzt, grösser, als wenn dies der Fall ist. Diese Auffassung ist aber nicht richtig. Dass nicht immer, wenn der Schallabfluss behindert ist, eine stärkere Schwingung des tönenden Körpers eintritt, als dann, wenn der Schallabfluss frei ist, sieht man, wenn man eine Stimmgabel mit einem Resonanzboden in Verbindung bringt. Sie macht bei Weitem grössere Excursionen als sie vorher machte, wenn sie mit ihrem Griff auf einem nicht leitenden Körper befestigt war (und zwar ohne dass sie von Neuem angeschlagen ist), obgleich doch der Resonanzboden den Ton an die Luft und seine Umgebung ableitet. Der Einfluss des erschwerten Schallabflusses äussert sich hierbei nur darin, dass die Gabel in ersterem Falle viel schneller zur Ruhe kommt. Die Schallverstärkung hat in diesem Falle ihren Grund nur in der Bildung stehender Wellen, also in der Resonanz (worüber wir weiter unten noch sprechen werden).

Es scheint uns ferner, als ob da, wo von verhindertem Schallabfluss die Rede ist, nicht überall klar ausgedrückt ist, was darunter verstanden wird, ob damit gemeint ist: der Schall verlässt die Kopfknochen nicht (der Schallabfluss aus dem Labyrinth ist behindert), oder ob gemeint ist, dass er von diesen Knochen auf die Luft des Gehörgangs übergeht und aus dieser nach aussen abzufliessen verhindert ist (ob ihm der Abfluss aus Labyrinth und Ohr versperrt ist).

Mach scheint unter verhindertem Schallabfluss, in Folge von Krankheiten der Gehörknöchelchen wenigstens, das Erstere zu verstehen, wie wir weiter unten sehen werden.

Unklar spricht sich v. Troeltsch[9]) aus, da, wo er sich für Mach's Theorie erklärt mit folgenden Worten: „Nach ihm tritt die Verstärkung des Tones bei leisem Verschluss des Gehörgangs deshalb ein, weil da durch die Schallwellen am Entweichen aus dem Ohre behindert würden" und spricht dann auch im nächsten Absatz nicht deutlich genug, als dass man unterscheiden könnte, ob er meint, dass der Schall im Knochen allein bleibt oder auch der Luft des Gehörgangs mitgetheilt wird und von dort nicht nach aussen kommen kann.

Urbantschitsch[10]) sagt von Mach: „Seiner Anschauung zufolge vermag jener Theil der Schallwellen, welcher sonst aus dem Ohre entweicht, nicht das Ohr zu verlassen und trägt somit zur Erhöhung des Schalleinflusses auf das Labyrinth bei." Es ist aber nöthig, dass genauer ausgedrückt werde, welchen Schallabfluss jene Autoren im Sinne haben. Wenn z. B. Lucae durch Experimente nachzuweisen versucht, dass überhaupt kein Schallabfluss aus dem Labyrinth stattfindet, verhinderter Schallabfluss aus dem Labyrinth daher nicht Grund des Stärkerhörens sein kann, so beweist er damit noch Nichts gegen die Giltigkeit der Schallabflusstheorie am künstlich verschlossenen Ohr. Bei letzterem braucht es zur Erklärung des Stärkerhörens nicht eines erschwerten Schallabflusses aus dem Labyrinth, sondern nur des aus dem Ohre überhaupt. Kommen doch, wie Helmholtz, Politzer und Lucae nachgewiesen haben, bei der Knochenleitung, die daher die craniotympanale mit Recht genannt wird, das äussere und mittlere Ohr mit Trommelfell und Gehörknöchelchen wesentlich in Betracht. Die Schwingungen der Stimmgabel werden zum Theil den Wänden des knöchernen Gehörgangs, von ihnen dem Ohrknorpel [Helmholtz[11])], der Luft des Gehörgangs und von ihr dem Trommelfell mitgetheilt, zum Theil dem Trommelfell direct von den Wänden des Gehörgangs, da wo das Trommelfell in den Gehörgang eingefalzt ist, zugeführt, vom Trommelfell dem Labyrinth weiter zugeleitet, zum grossen Theil aber, bei offenem Ohr, nach aussen eliminirt. Dieser letztere Theil der Schallwellen wird aber, wenigstens zum grössten Theil, nicht eliminirt werden können, wenn das Ohr verstopft ist, derselbe wird daher, zum grössten Theil, wieder auf das Trommelfell reflectirt und es muss natürlich, wenn diese Summe von Schwingungen zu denen hinzukommt, die das Labyrinth durch Knochenleitung direct (craniale Leitung wollen wir es im Gegensatz zu der tympanalen Leitung nennen) treffen und zu den vorerwähnten, die es durch Vermittelung des Trommelfells von den Gehörgangswänden (durch tympanale Leitung) treffen, ein Stärkerhören eintreten (wenn nicht vielleicht bei einzelnen Tönen [sehr hohen etwa] die am Trommelfell zusammentreffenden Wellen einander durch Interferenz aufheben).

Brunner[12]) will allerdings die Vorgänge bei der Knochenleitung anders erklärt wissen, er glaubt nach der klinischen Beobachtung annehmen zu müssen, dass die Knochenleitung ein von der Luftleitung

---

[9]) v. Troeltsch, Lehrbuch der Ohrenheilkunde a. 1881, pag. 274.
[10]) Urbantschitsch, Lehrbuch der Ohrenheilkunde a. 1884, pag. 84.
[11]) Helmholtz, „Ueber die Mechanik der Gehörknöchelchen", Heidelberger Jahrbücher der Litteratur 1867, pag. 898.
[12]) Zeitschr. f. Ohrenheilk. 1884. Bd. XIII., pag. 264.

verschiedener Vorgang sei und dass hierbei die von den festen Theilen an die Luft des Gehörgangs abgegebenen und in gewohnter Weise durch's Trommelfell (in Massenschwingungen) fortschreitenden Wellen nicht den Hauptfactor ausmachen (wie Helmholtz behauptet). Man könne sich sonst nicht die zahlreichen Fälle erklären, wo bei beiderseitigen straffen Fixationen (oder Dislocationen) des Hammerstiels und der übrigen Knöchelchen die Stimmgabeln durch die Luft auch in unmittelbarer Nähe der Ohröffnung nicht, vom Knochen dagegen deutlich gehört werden. Dagegen lässt sich aber sagen, dass das Trommelfell, wenn es durch die Knöchelchen fixirt ist, wenn es stark eingezogen ist in Folge von Obturation der Tuba, allerdings nicht mehr die durch Luftleitung von aussen ihm zugeführten Schallwellen wird fortleiten können, es kann nicht mehr als Membran in transversalen Schwingungen schwingen, wohl aber in molecularen Schwingungen, so dass es die ihm von den Wänden des Gehörgangs, da, wo es in den Gehörgang eingefügt ist, direct, ohne Luftleitung, zugeführten Schallwellen noch dem Labyrinth zuleiten kann. Diese klinischen Fälle scheinen mir daher kein Beweis dagegen zu sein, dass die Knochenleitung in der von Helmholtz und Lucae beschriebenen Art vor sich geht, wenn sich auch sonst Einiges dagegen wird sagen lassen, wenigstens dagegen, dass sie nur in dieser Weise vor sich geht. (Siehe meine Arbeit: „Zur differentiellen Diagnostik der Erkrankungen des schallleitenden und schallempfindenden Apparates" in dem nächsten Heft der Zeitschrift für Ohrenheilkunde, wo ich diese Brunner'sche Auffassung ausführlich besprechen werde.)

Bei Krankheiten des Ohres, wo der Schall der Stimmgabel auf dem kranken Ohre stärker gehört wird, würde aber, im Gegensatz zu dem künstlich verschlossenen Ohre, um mit der sog. Schallabflusstheorie auszukommen, der Schall, der auf die Luft des Gehörgangs übergegangen ist und aus dieser nach aussen zu fliessen verhindert ist, zur Erklärung nicht genügen; denn dieser ist hier am Abfluss nicht behindert (ausgenommen die Fälle, bei denen der äussere Gehörgang verstopft ist). Hier muss man annehmen, dass der Schall im Kopfknochen selbst bleibt und also an die Luft des Gehörgangs nicht übergeht. Hier, wo, in vielen Fällen wenigstens, der Schallleitungsapparat krank ist, würde es sich in Hinsicht auf die Schallabflusstheorie nur fragen: ob derselbe, der Leitungsapparat, dem Schall einen leichten oder erschwerten Abfluss aus den Knochen gestattet.

Soweit es sich darum handelt, ob der Schall an die Luft des Gehörgangs übergegangen ist und aus dieser nach aussen abzuströmen verhindert ist, scheinen mir die Anhänger der sogen. Schallabflusstheorie und der Resonanztheorie nahezu dasselbe zu meinen. Zwar ist verhinderter Schallabfluss ein Ausdruck, der nicht gebraucht werden dürfte, man sollte von vermehrter Reflexion der Schallwellen reden. Denn genau genommen ist nicht der verhinderte Schallabfluss das Wesentliche bei dem Stärkerhören, sondern die Reflexion der Schallwellen. Wenn man sich einen geschlossenen Raum durch Wände begrenzt denkt, die den darin entstehenden Schall nicht reflectiren, so würde man den von irgend einer Schallquelle ausgehenden Schall in diesem geschlossenen Raum nicht stärker hören als im Freien. Wohl aber kann der Schall verstärkt wer-

den, wenn dieser Raum durch Wände begrenzt ist, welche die sie treffenden Schallwellen zurückwerfen.

Es kommt also bei dem Besserhören strenge genommen nicht darauf an, ob der Schallabfluss erschwert ist, sondern darauf, ob die Schallwellen genügend von den Wänden reflectirt werden. Reflexion ist der Grund des Besserhörens in einem geschlossenen Luftraum, wie z. B. im Ohr, sie erklärt zur Genüge die in vielen Fällen vorhandene Schallverstärkung (in vielen Fällen vorhandene, denn nicht immer wird bei der Reflexion im Gehörgang ein Stärkerhören eintreten, es kann auch eine Abschwächung des Tones sich einstellen, wenn sich nämlich in der Nähe des Trommelfells ein Schwingungsknoten der stehenden Welle bildet). Wenn in der Nähe des Trommelfells kein Schwingungsknoten, sondern ein Schwingungsbauch entsteht, so findet dort eine Verstärkung des Tones statt, da dort, wo der Schwingungsbauch liegt, die Amplitude der stehenden Welle die Summe der Amplitude der fortschreitenden und reflectirten ist.

Diese Erscheinung nun, eine stehende Welle mit Schwingungsbauch am Trommelfell, nennt man Resonanz, und es ist ersichtlich, wie nahe sich also Schallabfluss, Reflexion und Resonanz stehen. Der Anhänger der Resonanztheorie spricht also gewissermaassen nicht gegen diese Theorie, wenn er den behinderten Schallabfluss, oder besser die dadurch verstärkte Reflexion am künstlich verschlossenen Ohr als Grund des Stärkerhörens ansieht. Wo der Schallabfluss aus dem Ohr erschwert ist und je mehr er erschwert ist, da wird ein und zwar ein immer besser geschlossener Raum entstehen, in welchem durch Reflexion resp. Resonanz ein Stärkerhören entsteht.

Wie nahe erschwerter Schallabfluss, Reflexion und Resonanz sich stehen, das sieht man an folgendem Versuch: Steckt man nämlich ein kleines, etwa 1 Zoll langes Röhrchen von Gummi in eins seiner gesunden Ohren und setzt eine tönende Stimmgabel auf den Kopf, so wird die Stimmgabel auf diesem Ohre gehört. Wird darauf aber das Lumen des Röhrchens wenig, nur zur Hälfte geschlossen, so wird die Stimmgabel schon erheblich stärker auf diesem Ohre gehört und bei vollständigem Verschluss nimmt die Intensität des Schalles noch bedeutend zu. Verstopft man dann, während das geschlossene Röhrchen in dem einen Ohre steckt, das andere mit dem Finger, so springt der Schall der Stimmgabel auf dieses Ohr über, und je sorgfältiger das Ohr mit dem Finger geschlossen wird (ohne aber dabei einen Druck auf den Inhalt des Gehörgangs auszuüben, der nach Lucae eine Schallverstärkung erzeugen soll), desto lauter wird der Schall auf diesem Ohre vernommen.

Hier geht doch Erschwerung des Schallabflusses und Reflexion Hand in Hand. Wenn das Röhrchen offen im Ohre steckt, werden einzelne Schallwellen am Abfluss aus demselben verhindert und auf das Trommelfell reflectirt. Wird der Schallabfluss durch losen Verschluss des Röhrchens noch mehr erschwert, so wird der Schall noch stärker empfunden, die Bedingungen zur vermehrten Reflexion resp. Resonanz sind günstiger, und wenn beim vollständigen Verschluss des Gehörgangs kaum noch Schallwellen aus dem Ohre herauskommen können, wird die Resonanz

noch stärker sein. Durch den Verschluss des Gehörgangs des anderen Ohres endlich mit dem Finger wird hier den Schallwellen der Austritt aus dem Ohr wohl ziemlich vollständig verlegt und in Folge dessen springt die Schallwahrnehmung auf dies Ohr über.

(Schluss folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Oto-rhinologische:

Ueber Erkrankungen des Gehörorgans bei Leukämie machte Herr Blau, Ohrenarzt in Berlin, in der dortigen medicin. Gesellschaft (4. Mai 1885) einige, das bereits über den Gegenstand Bekannte ergänzende und erweiternde Mittheilungen nach Beobachtungen, die der Herr Vortragende an einem leukämischen, nahe 40jährigen Kaufmanne zu machen Gelegenheit gehabt hatte. Nach einer längeren Fahrt traten bei diesem Patienten Uebelkeit, Erbrechen und Schwindelerscheinungen heftig auf; dazu in den Ohren, die angeblich bisher keine Krankheitserscheinungen geboten hatten, Klingen, Hämmern, Sausen und Taubheit; übrigens war leichter Schwindel schon einige Tage vorher vermerkt worden. Erst nach einer Woche liessen diese alarmirenden Symptome nach, bis 6 Wochen später ebenfalls wieder nach einer Spazierfahrt unter excessiv zunehmenden, als „metallisch klingend" geschilderten subjectiven Ohrgeräuschen die Hörfähigkeit wiederum gänzlich schwand. Bald darauf untersuchte Herr B. den Herrn und constatirte links totale Taubheit, rechterseits, soll nur noch in allernächster Nähe die laute schreiende Sprache zur Perception gekommen sein. Ausserdem schwankender Gang mit gespreizten Beinen, Schwäche, Druckempfindlichkeit der Milz und des Sternums. Gemäss der object. Untersuchung glaubte der Herr Vortragende die Taubheit als eine labyrinthäre Affection neben einem leichten Mittelohrcatarrh auffassen zu dürfen. Der Zustand besserte sich, wie Verf. meint, wesentlich durch seine roborirende und ableitende Medication, so dass nach ca. 3 Wochen der Leukämische die Flüstersprache sogar einige Meter, eine Taschenuhr 30 Ctm. weit percipirt haben soll. Wiederum nach einer Lustfahrt, etwa eine Woche später, eine neue, die dritte Attaque wie früher — doch ohne Schwindel (?), aber mit heftigem Nasenbluten verbunden. Nach diesem Anfall erholte sich auch das rechte Ohr nicht mehr in dem früheren Grade; kaum zu 10 Ctm. Hörweite weit soll die (normal wie weit? hörbare) Taschenuhr nach längerer Zeit wieder zu vernehmen möglich gewesen sein. Einige Monate später rechterseits eine mässig-heftige Otitis media 2 Mal. Nach bereits längerem Ablauf der Entzündung und Verschluss der betreffenden Trommelfellfistelöffnung ergab sich weitere Herabsetzung der Hörfähigkeit, Sprache nur ganz nahe dem Ohre verstanden und Uhr nur eben in Contact.

Der hier erwähnte Fall ist der vierte, in dem erwähnten Zusammenhang bisher beobachtete; zwei sind von dem Breslauer Otologen Gottstein und einer von dem Herrn A. Politzer bekannt gemacht worden.

Bemerkenswerth ist letzterer, und darum eben wichtiger, weil die Leichenuntersuchung bei den unter sogen. Menière'schen Symptomen plötzlich taub Gewordenen einige Ohrveränderungen bot, welche entschieden mit den auch sonst nachgewiesenen leukämischen Körper-Veränderungen harmonirten: leukäm. Exsudation im Labyrinthe mit davon ausgehender Bindegewebswucherung und Knochenneubildung. x.

Zwei Fälle von erworbenen Defecten im Schläfenlappen. (Aus der medicin. Klinik des Herrn Geheimrath Professor Dr. Kussmaul in Strassburg i. E.) Mitgetheilt von Dr. Otto Körner. (Berliner klin. Wochenschrift 1885, No. 17 und 18.)

Fall 1 betrifft eine 65jährige Frau, welche an einer Blutung aus einem Duodenalgeschwür starb und bei deren Section sich ein grosser, wahrscheinlich durch eine Encephalitis, in dem 20. Jahre erworbener Defect im linken Schläfenlappen ergab, ohne dass im Leben sensorische Aphasie, oder Sprachstörungen, oder Taubheit bestanden hatten; auch einseitige gekreuzte Schwerhörigkeit oder Taubheit fehlte vollständig. Die Frau war rechtshändig. Zerstört waren die Spitze des Gyrus occipitalis lateralis, die vordern Hälften der 1. u. 2. und die ganze dritte Schläfenwindung, also derjenige Hemisphärentheil, der die Perception der acustischen Eindrücke vermittelt.

In Fall 2 fand sich bei einem 60jährigen, an eitriger Pleuritis gestorbenen Manne ein grosser Defect des rechten Schläfen- und Hinterhauptslappens, wahrscheinlich bedingt durch 20 Jahre vorher schubweise abgelaufene Encephalitis. Im Leben waren nur Störungen in der Intelligenz und der Motilität und zwar hauptsächlich, aber nicht ausschliesslich auf der dem Heerde gekreuzten Seite beobachtet worden. Vorübergehende Aphasie hatte bei diesem Kranken bestanden, doch war Schwerhörigkeit nicht zu Stande gekommen. Dr. Götze.

Ueber die sensorischen Localisationen in der Hirnrinde. (Vorläufige Mittheil. von Luciani. (Centralblatt f. d med. Wissensch., No. 44, 1884.)

Das Gehörorgan angehend fand Herr Verf. bei seinen eingehenden Untersuchungen Vieles, was durchaus nicht mit den Angaben des Herrn Munk stimmt, und ebenso, wie die Beobachtungen des vorhergehenden Referates, eher mit den Beobachtungen und Leichenuntersuchungen stimmt, welche der Munk'schen Lehre widersprechen. So das Gehörorgan angehend zum Beispiel gehöre zur Hörsphäre nicht nur der Schläfenlappen, sondern auch das Ammonshorn; im Nervus acusticus verlaufe ein gekreuztes, stärkeres und ein schwächeres, ungekreuztes Bündel — und stehe jedes Ohr mit beiden Hörsphären in Verbindung (eine Beobachtung, die, wenn bestätigt, uns Practikern nicht wenige Symptome, denen man vielfach mit Zurückhaltung oder gar dem Gefühle, eine falsche Beobachtung gemacht zu haben, gegenüberstand, erklären würde); ferner fand L., dass vorübergehende Schwerhörigkeit durch Zerstörung einer Hörsphäre bedingt werde mit zurückbleibender unvollständiger Seelentaubheit, dass aber bilaterale Exstirpation keine vollständige Taubheit (Rindentaubheit) bewirke.

Den Geruch betreffend, erzeugen nach L. Zerstörungen des Schläfenlappens und der benachbarten Windungen oberhalb der Fossa sylvii,

sowie der Gyrus hypocampi vollständigen Verlust des Geruches. Ebenso wie beim Acusticus bestehen auch Kreuzungen in der beschriebenen Weise, indess sei das stärkere das ungekreuzte Bündel.

Ein Fall von Exostose im äusseren Gehörgang. (Sur un cas d'exostose du conduit auditif.) Von Dr. Jacquemart. (Revue mens. de laryng. etc. Sept. 1885.)

Die in wenigen Monaten entwickelte, aus unbekannter Ursache entstandene Exostose füllte das Lumen des knöchernen Gehörgangs in seiner Mitte völlig aus. Der Ausgangspunkt war der Einkeilung wegen nicht zu constatiren; Laminaria nicht einführbar. Mittelst des Galvanocauter wurde auf der Höhe der Neubildung ein Defect gebrannt und von hier aus, da sich eine gewisse Beweglichkeit constatiren liess, mit einem hebelartigen Instrument und zuletzt mit einer Zange der Tumor drehend herausbefördert. Derselbe inserirte mit einem Stiele im hinteren unteren Gehörgangsabschnitte. Trommelfell erwies sich intact, Gehör war in kurzer Zeit wieder hergestellt. Keller.

Berichtigung.

Bezüglich meiner zusätzlichen Bemerkung in dem Referate über Baratoux' Aufsatz: Gummata des Trommelfells (pag. 240 d. Monatsschrift) bittet mich der Herr Autor, um dem — immerhin nicht naheliegenden — Verdachte zu entgehen, bekannte Thatsachen verschwiegen zu haben, zu constatiren, dass seine in Rede stehende Publication am 3. April, die des im New-York med. Journ. veröffentlichten Falles aber erst am 18. April erfolgte, ihm also damals noch nicht bekannt sein konnte. Hinsichtlich des Ravogli'schen Citates bemerkt B., dass sich das Syphilid nicht sowohl am Trommelfell, als vielmehr am Promontorium befunden und nur durch eine bestehende Trommelfellperforation hindurch sichtbar war. Die Differenz unserer Angaben ist lediglich darauf zurückzuführen, dass B. den officiellen Congressbericht zur Hand hatte, während in dem von mir benutzten Politzer'schen Bericht (Arch. f. Ohrenheilk., XVI. Bd., 4. H.) das Trommelfell selbst als Sitz der Erkrankung angegeben ist. Keller.

Ueber die Bedeutung der Zahnkrankheiten für die Entstehung von Nasenleiden. Von Dr. Ziem in Danzig. (Separat-Abdruck aus der „Allg. med. Central-Zeitung".)

Des vorliegenden Aufsatzes Inhalt unseres verehrten Mitarbeiters erscheint uns so wichtig, dass wir denselben im Wesentlichen dem Wortlaute nach folgen lassen:

„Zahnkrankheiten können Veranlassung geben zur Entstehung von Krankheiten und Abnormitäten der Nasenschleimhaut, der Nasenhöhle und ihres lateralen Recessus, der Kieferhöhle: I. durch Erregung einer reflectorischen Anschwellung des cavernösen Gewebes der Nasenschleimhaut; II. durch Erregung einer Eiterung der Kiefer- und Nasenhöhle; III. durch die Folgezustände von Wachsthumsanomalien und Geschwulstbildungen der Zähne.

I. Will man bei der Behandlung von Anschwellungen der Nasenschleimhaut Erfolge, dauernde, wahre Erfolge, nicht blos Augenblicks-

effecte erzielen, so muss man die Ursachen der Schwellung ermitteln, man muss die Reizmomente beseitigen, welche die Erection der Nasenschwellkörper veranlassen und unterhalten. Hierher gehören unter Anderem von aussen auf die Nasenschleimhaut vorübergehend oder dauernd einwirkende Schädlichkeiten, wie Staub, Dünste, intensive Gerüche und dergleichen, Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase, Cystenbildungen der sog. Bursa pharyngea (wie Dr. Tornwaldt in einer vortrefflichen, soeben erschienenen Abhandlung nachgewiesen hat), Schwellungen der Rachen- und Gaumentonsillen, Paresen des Gaumensegels, chronische Infectionskrankheiten, besonders Malaria, z. Th. auch Syphilis, endlich Zahnkrankheiten. Natürlich können auch mehrere dieser Momente sich vereint vorfinden, wie ja überhaupt chronische Krankheiten selten oder gar nicht nur durch eine einzige Ursache allein unterhalten werden. So habe ich beispielsweise jetzt einen Kranken mit Eiterung der Rachen- und Nasenschleimhaut im hypertrophischen Stadium in Behandlung, bei dem nach Spaltung einer Cystengeschwulst der Bursa pharyngea ausserdem die Extraction je eines cariösen oberen Backzahns beiderseits, die Eröffnung und Irrigation der Kieferhöhlen, sowie innere Medication mit Chinin nothwendig geworden sind. Keines dieser Momente ist für sich allein im Stande gewesen, die Krankheitserscheinungen dauernd zu beseitigen. Auf die Nasenschleimhaut selbst, etwa mittelst des Galvanocauters, hier einzuwirken, davon habe ich abgesehen, da es mir schon längst klar geworden ist, dass derselbe das Universalheilmittel nicht darstellt, für welches man ihn vielfachen Darstellungen selbst tüchtiger Autoren gemäss zu halten nur allzu sehr geneigt scheint. An energischer örtlicher Behandlung der Schwellung der Nasenschleimhaut habe ich es freilich in den ersten Jahren meiner Praxis nicht fehlen lassen, insbesondere habe ich schon lange vor Publication der Furchungsmethode Hack's eine Art galvanocaustischen Löffel von hinten nach vorne durch die Nase durchgezogen und so die geschwollene Schleimhaut bis auf den Knochen in mehr oder weniger grossem Umfange abgekratzt. Es traten hiernach oft profuse Blutungen ein, aber nur selten oder vielleicht niemals dauernde Heilungen. Man beseitige die Ursache der Schwellung, so wird die sogenannte rhinochirurgische Behandlung derselben, wenn nicht ganz und gar überflüssig, so doch jedenfalls erfolgreicher, „radicaler" sein, als es der Fall ist, wenn man nur die Schwellkörper „auszuschalten" oder zu exstirpiren sich bemüht, ist meine Erfahrung. Letzteres könnte im Grunde nur durch Exenteration der gesammten, die Muscheln und das Septum bekleidenden Schleimhaut geschehen, da jeder Rest des cavernösen Gewebes von Neuem anschwellen wird bei Fortdauer der Reizmomente. Wäre es aber auch thatsächlich möglich, alles Schwellgewebe von Grund aus zu zerstören, so würden sich wohl wieder andere, nicht unerhebliche Leiden einstellen, da dem Schwellgewebe der Nasenschleimhaut ausser anderen Functionen auch eine wesentliche Bedeutung zur Regulirung des Blutumlaufs in den benachbarten Sinnesorganen zukommen dürfte. Das Bestreben, die Schwellorgane „auszuschalten", dürfte meiner Ansicht nach sich auf die Dauer wohl kaum als das Richtige aufrecht erhalteu lassen — sollte man doch urtheilen dürfen, dass die Einrichtungen der Natur vollkommener zu sein pflegen, als es nach diesem gutgewählten Schlagworte zu vermuthen ist.

Ebenso wie man bei Priapismus das schwellungserregende Moment aufzusuchen und zu beseitigen hat und die Exstirpation des Penis nur dann vornehmen wird, wenn man jener bekannten fanatischen Secte angehört, so meine ich, muss man auch bei Erection der Nasenschwellkörper die bedingenden Reizmomente zu beseitigen suchen, ehe man die Nasenschleimhaut selbst operativ angreift. Zu diesen Reizmomenten gehört auch Caries der Zähne.

Schon F. v. Niemeyer erwähnt in der letzten, von ihm selbst redigirten Auflage seines Lehrbuches*), dass sich zu den Abscessen des Zahnfleisches an den oberen Schneidezähnen constant ein sehr lästiger und intensiver Schnupfen hinzugeselle, doch ist diese durchaus zutreffende Angabe in späteren Auflagen des Niemeyer'schen Buches weggelassen worden. In den Hand- und Lehrbüchern über Nasenkrankheiten von B. Fränkel, Bresgen, Mackenzie-Semon und Schech, sowie in der Darstellung der Nasenkrankheiten in v. Tröltsch's Lehrbuch der Ohrenheilkunde habe ich nichts Hierhergehöriges gefunden, ebensowenig in König's Lehrbuch der Chirurgie, obwohl hier die grosse Bedeutung der Zahnkrankheiten im Uebrigen in sehr gediegener Weise gewürdigt und dargestellt ist.

Seit mehreren Jahren habe ich in einer Reihe von Fällen Nasenverschwellung von Zahncaries abhängig gefunden, und zwar in der Weise, dass die Anschwellung der Nasenschleimhaut nach Extraction des betreffenden Zahnes entweder von selbst vollständig zurückging, oder dass sie durch ein paar Cauterisationen nunmehr dauernd beseitigt werden konnte, nachdem zuvor alle Heilungsversuche nur von zeitweisem Erfolg begleitet gewesen waren. Ein paar derartige Fälle, in welchen die Bedeutung der Zahncaries sehr anschaulich war, will ich hier kurz mittheilen:

1. Fall. Wegen asthmatischer Anfälle, alternirender Zuschwellung beider Nasenhälften und Nieskrämpfen, welche mit anfallsweise auftretender Röthung der Gesichtshaut und starker Schweissabsonderung an der Stirn verbunden waren, wurde ich im September 1879 von dem Telegraphenbeamten Herrn K. consultirt. Da die Schleimhaut an den Vorderenden der Nasenmuscheln nur sehr wenig geschwollen war, musste der Hauptsitz des Leidens im hinteren Nasenabschnitt gelegen sein. Doch war die Rhinoscop. post. aus einem eigenthümlichen Grunde nicht ausführbar. Sowie ich nämlich die Zunge des Kranken herabzudrücken suchte, um mit dem Gaumenhaken hinter das Velum zu gelangen, erfolgte, ausser einem profusen Speichelerguss aus den Parotidengängen in bogenförmigem Strahle, ein so heftiger neuralgischer Anfall, dass der Kranke schreiend vom Stuhle aufsprang. So oft ich auch die Untersuchung vornehmen wollte, jedesmal erfolgte der gleiche Anfall. Den Grund der offenbar vorhandenen Zungenneuralgie fand ich in vorgeschrittener Caries eines linken unteren Backzahns und schlug vor Allem die Entfernung desselben vor. Doch mochte sich der Kranke zur Extraction des Zahnes damals nicht entschliessen, da spontane Empfindlichkeit des Zahnes fehlte und da der von mir aufgestellte Zusammenhang zwischen der Zahn- und Nasenaffection anderwärts nun frischweg

*) VIII. Aufl., 1871, I., S. 818.

in Abrede gestellt wurde. Anderwärts war man natürlich ebensowenig im Stande, die Untersuchung des hinteren Nasenabschnittes vorzunehmen oder gar den Kranken von seinen Leiden zu befreien, auch nicht durch die überflüssiger Weise ausgeübte Cauterisation der vorderen Muschelenden. So ohne Weiteres mit dem Cauter in die Nase einzugehen und auf's Gerathewohl die hinteren Muschelenden zu cauterisiren, erschien mir zu verwegen, da nicht nur bei der starken Hyperämie der Nasen- und Rachenschleimhaut eine sehr bedeutende Blutung hätte eintreten können, sondern da auch bei der ausserordentlichen Reizbarkeit des Kranken eine allenfalls nothwendig werdende Tamponade der Nase wahrscheinlich bedeutende Schwierigkeiten gemacht haben würde. Ein mehrwöchentlicher Landaufenthalt, kalte Abreibungen des Körpers und Kochsalz-Inhalationen durch die Nase brachten daher nur vorübergehende Besserung zu Wege. Als aber der Kranke 5 Jahre später, im Herbst 1884, nach meiner Rückkehr hierher sich wieder einstellte, um mich wegen eines Augenleidens zu consultiren, erfuhr ich, dass er den cariösen Zahn inzwischen doch hatte entfernen lassen und dass er schon hierdurch allein eine erhebliche Besserung hinsichtlich des Asthma, der Nieskrämpfe, der Hyperämie und Hypersecretion der Gesichtshaut gewonnen hatte. Obwohl auch jetzt noch bei Anlegung des Gaumenhakens ein Erguss aus den oberen Speichelröhren stattfand, gelang doch die Untersuchung des hinteren Nasenabschnittes, sowie die Entfernung der angeschwollenen hinteren Muschelenden und einer Anzahl fibröser Excrescenzen am unteren Rande der Choanen nunmehr ohne die früheren Zwischenfälle. Ob indess alle Krankheitserscheinungen hier dauernd beseitigt sind, und ob nicht doch noch eine Eröffnung der Kieferhöhlen vorgenommen werden muss, da Manches auf eine Erkrankung derselben hindeutet, muss vorläufig dahingestellt bleiben.

2. Fall. Der 18jährige A. aus Oliva consultirte mich wegen anfallsweise auftretender Röthung der Nasenhaut und Zuschwellung der rechten Nasenhälfte. Eiterung der Nasen- oder Kieferhöhle liegt der Anamnese nach nicht vor, auch spricht der Befund nicht für eine solche. Jeder Application des Gaumenhakens folgt auch hier ein strahlförmiger Erguss aus den Parotidengängen nach. Da der erste obere Molaris rechterseits stark cariös ist, wird die Extraction desselben sofort ausgeführt. Ausserdem wird die übrigens nur mässig vergrösserte rechte Tonsille ein paar Mal mit dem Galvanocauter betupft, um die aus jeder Hemmung der Excursionsfähigkeit des Velum nothwendiger Weise resultirende Circulationsstörung in den Nasenplexus zu beseitigen. Als der Kranke sich nach 8 Tagen wieder vorstellte, war die abnorme Röthung der Nasenhaut vollkommen geschwunden und die Nasenhöhle selbst dauernd freigeblieben, obwohl eine örtliche Behandlung der Nasenschleimhaut gar nicht stattgefunden hatte.

3. Fall. Eine Frau aus Zoppot ist wegen anfallsweise auftretender fleckiger Röthung der Nasenhaut linkerseits schon wochenlang mit Electrolyse anderwärts behandelt werden. Oftmals bei dieser Manipulation empfindet sie im ersten oberen Bicuspidatus linkerseits, der cariös ist, Schmerz, so dass sie von selbst auf die Vermuthung kommt, die Röthung der Nasenhaut und die zeitweise Zuschwellung der linken Nasenhälfte könne durch die Zahncaries bedingt sein. Ihre darauf gerichtete An-

frage wurde allerdings ausweichend beantwortet. Als die Kranke sich bei mir vorstellte, bezeichnete ich sofort, noch ehe sie mir jene Beobachtung mitgetheilt hatte, den betreffenden Zahn als Ausgangspunkt des Leidens, was sich auch nach Entfernung desselben als vollkommen richtig erwies, so dass eine weitere örtliche Behandlung der äusseren Haut oder der Schleimhaut der Nase nicht nöthig war.

Hierher gehört ferner das Auftreten von Schnupfenanfällen bei zahnenden Kindern, besonders während des Durchbruchs der oberen Backzähne. Wenn hier unmittelbar nach Durchbruch eines Zahns Schnupfenanfälle sistiren, wie ich es in mehreren Fällen beobachten konnte, so dürfte der erwähnte Zusammenhang doch kaum anzuzweifeln sein. Treten ähnliche Erscheinungen, Speichelfluss, Diarrhoe und gewisse nervöse Zufälle, doch auch bei der sog. 3. Dentition der Greise auf.

Aus dem Angeführten geht wohl hervor, dass die Ansicht F. v. Niemeyer's dahin erweitert werden muss, dass jedweder cariöse Zahn des Oberkiefers, zuweilen auch ein solcher des Unterkiefers, zu reflectorischer Anschwellung der Nasenschleimhaut Veranlassung geben kann.

Sieht man sich nun nach einer Erklärung dieser Erscheinungen um, so ist anzuführen, dass nach den Experimenten von Jolyet und Laffont, von Prévost und Aschenbrandt Reizung des Ganglion sphenopalatin. und des Nerv. maxillar. sup. Hyperämie der Gaumen- und Nasenschleimhaut, des Zahnfleisches, der Lippen und Wangen, sowie Schleimabsonderung und Temperaturerhöhung in der Nase hervorbringt*), ferner dass die Alveolarwand der Zähne einen ungemeinen Reichthum an Nerven besitzt.**) Bei Spannung und Zerrung der Alveolarwand durch eine Wurzelentzündung kann daher eine reflectorische Dilatation des entsprechenden und benachbarten Gefässgebietes (Schleimhaut der Nase und Wange, Haut der Nase) leicht eintreten. Dass subjective Schmerzempfindungen in dem betreffenden Zahne fehlen können, steht in Uebereinstimmung damit, dass auch bei gewissen Ohraffectionen, sowie bei mancher Form von Gesichtsneuralgie jede directe Beschwerde seitens des schuldigen Zahnes vermisst wird.

II. Handelt es sich nur um umschriebene Caries eines Zahnes, so wird man der Extraction die Ausfüllung desselben natürlich vorziehen. Nur sei man in der Wahl des Zahnarztes, dem man seine Kranken anvertraut, vorsichtig, damit nicht für eine einfache Anschwellung der Nasenschleimhaut eine Eitersenkung am Unterkiefer oder eine Eiterung der Kiefer- und Nasenhöhle eingetauscht werde. Dass letztere durch zu frühen Verschluss einer cariösen, mangelhaft gereinigten Zahnhöhle künstlich herbeigeführt werden kann, habe ich in mehreren Fällen gesehen; ebenso ist in einem schon früher von mir beschriebenen Falle durch übermässig langes Verweilen eines faulig gewordenen Wattetampons in einem cariösen oberen Backzahn eine langwierige Naseneiterung zu Stande gekommen.***)

---

*) cf. von Recklinghausen, allgemeine Pathologie. Deutsche Chirurgie, Lieferung 2 u. 3. S. 7. — Landois, Lehrb. d. Physiologie. 3. Aufl. S. 706. — Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc., 1885, No. 3, S. 73.

**) cf. Hyrtl, topogr. Anat. 6. Aufl. I. S. 394.

***) Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. 1880, No. 4.

III. Eine weitere Bedeutung für Abnormitäten der Nasen- und Kieferhöhlen können Wachsthumsanomalien und Geschwulstbildungen der Zähne, vornehmlich auch Zahncysten gewinnen und insbesondere eine Beeinträchtigung der Lumina der Höhlen bewirken. Dass aber durch dislocirte, in die Kieferhöhle hineingedrängte Backzähne eine richtige Entzündung der Sinusschleimhaut zu Stande kommen könne, wie Linhart angiebt, erscheint sehr fraglich. Noch fraglicher die Behauptung von Otto, dass das Eindringen eines Backzahnes mit der Krone aufwärts zu Caries der Gesichtsknochen geführt habe. Denn man findet in jedem anatomischen Museum solche Anomalien der Zahnstellung*) ohne die von Otto hierbei bemerkten Veränderungen, und in einem andern Falle von Otto, wo ein Schneidezahn im Begriff war, in die Nasenhöhle durchzubrechen**) wird von entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung ebensowenig Etwas erwähnt, wie in den kürzlich von Schäffer und Ingals beschriebenen Fällen von Zahnbildung in der Nasenhöhle.***)

Ueber die Abhängigkeit der Enuresis nocturna von Nasenobstruction.
Von Dr. Ziem in Danzig. (Separat-Abdruck aus der Allgem. med. Central-Zeitung No. 64, 1885.)

In No. 7, S. 222 d. Monatsschr. 1885 findet sich die kurze Notiz, dass Dr. Major in Canada Enur. noct. häufig bei mundathmenden Personen beobachtet hat. M. hält dies für ein Symptom der CO_2-Vergiftung, da wegen der unangenehmen Kälte der durch den Mund in die Lungen gelangenden Luft die Athemzüge nur oberflächlich ausgeführt würden.

Ohne Dr. M.'s Publication hätte ich mich noch nicht entschlossen, die beiden folgenden, mir schon vor 3 Jahren begegneten Fälle zu veröffentlichen, in welchen der erwähnte Zusammenhang zwar für mich schon damals wahrscheinlich war, welche aber bei der Unvollständigkeit der Beobachtung für sich allein nicht geeignet sind, Andere von der Berechtigung meiner Annahme zu überzeugen.

1. Fall: Bei dem 15jähr. G. aus Hamburg ist die linke Nasenhälfte so vollkommen verstopft, dass nicht eine Spur Luft durchgepresst werden kann. Nach längerer Rückenlage auf dem Sopha oder Nachts im Bett verschliesst sich auch die rechte Nasenhälfte mehr oder minder, so dass Patient, durch den Mund athmend, stark schnarcht und öfters in Folge von Athemnoth erwacht. Ein paar Male in der Woche tritt, wie ich hierbei erfahre, Enuresis nocturna ein. Gegen letzteres Symptom war bereits innere Medication, sowie electrische Behandlung Seitens eines Facharztes erfolglos angewendet worden. Da ich es für möglich hielt, dass das genannte Symptom bei freier Durchgängigkeit der Nase verschwinden werde, habe ich auch aus diesem Grunde eine örtliche Behandlung der geschwollenen Nasenschleimhaut angerathen. Als aber nach mehrmaliger Application des Galvanocauter eines Tages eine starke Blutung aus dem Nasenplexus eintrat, welche die Tamponade der Nase nothwendig machte, war Pat. nicht wieder zu bewegen, die Cauterisation der Schleimhaut nochmals wiederholen zu lassen. Eine wesentliche Besserung

---

*) Hyrtl l. c. S. 895.
**) Otto, Lehrb. d. pathol. Anat., 1830, S. 192, Anm. 32 u. 33.
***) cf. Schech, die Krkh. d. Mundhöhle, des Rachens und der Nase. 1885. S. 221. — Deutsche med. Wochenschr., 1883, No. 2.

der Nasenverstopfung ist daher nicht eingetreten und ebensowenig hat sich ein deutlicher Einfluss auf die Häufigkeit des Einpissens erkennen lassen.

2. Fall: Der 14jähr. Br. aus Altona fiel mir gelegentlich in einer Gesellschaft auf durch das beständige Offenhalten des Mundes, die hierdurch bedingte Verzerrung der Gesichtszüge und die ausgeprägte Gaumensprache. Er hatte schon öfter an Halsentzündung gelitten. Die an mich gerichtete Frage, ob die fast jede Nacht und manchmal auch am Tage stattfindende Enuresis in Zusammenhang mit der Mundathmung stehen könne, glaubte ich bejahen zu müssen. Doch ist damals eine sachgemässe Behandlung der Rachen- und Nasenrachenschleimhaut nicht vorgenommen worden, da der Hausarzt glaubte, durch Electrisiren die Schwäche des Blasensphincter bekämpfen zu können. Freilich ist Alles beim Alten geblieben, wie ich später erfahren habe. — Durch Wegzug von Hamburg habe ich beide Pat. aus dem Gesicht verloren.

Bemerkenswerth ist in beiden Fällen die Fortdauer der Enuresis bis in das 14. und 15. Lebensjahr, sowie die Unmöglichkeit, diese Erscheinung durch die üblichen Mittel zu beseitigen. Es ist wohl denkbar, dass die Herstellung normaler Nasenathmung auch auf dieses Symptom einen günstigen Einfluss äussern kann. Denn ich glaube, dass Dr. Major Recht hat, hier von einer CO_2-Intoxication zu sprechen, wenn auch das Zustandekommen derselben anders zu erklären sein dürfte, als er annimmt. Es ist wohl weniger der Reiz der bei Mundathmung kalt in die Lungen eindringenden Luft, welcher zu oberflächlicher Athmung und mangelhaftem Gasaustausch Veranlassung giebt, als vielmehr der bei jeder, auch tiefer, Mundathmung geringere Werth der Respirationsgrösse im Gegensatz zur Respirationsgrösse bei Nasenathmung. In dieser Hinsicht hat Prof. C. Ludwig in Leipzig, wie er mir im Jahre 1879 gütigst mittheilte, schon vor längerer Zeit durch Experimente an Hunden, welche allerdings mit vielen Schwierigkeiten und Fehlerquellen verbunden waren und deshalb bisher im Einzelnen nicht publicirt worden sind, soviel wenigstens mit Bestimmtheit gefunden, dass der Gaswechsel bei Mundathmung in keinem Falle ein grösserer ist, als bei Nasenathmung. Ferner hat Prof. Voltolini durch manometrische Versuche an Menschen den exacten Nachweis geliefert, dass bei Nasenathmung der In- und Exspirationsdruck stets grösser ist, als bei Mundathmung.*)

Es sind die Ergebnisse dieser Experimente im Widerspruch mit der landläufigen Annahme, dass man durch den Mund mehr Luft einzuziehen, zu schnappen vermöge, als bei Nasenathmung — eine Annahme, von welcher sich auch Herr Dr. Götze in Jena noch nicht frei gemacht zu haben scheint. In von ihm direct beobachteten Anfällen von Nasenasthma, wobei durch Polypenbildung und Schwellung der Schleimhaut die Nase vollständig verstopft war, will G. die von Dr. Schech als Ursache des Asthma hingestellte CO_2-Intoxication darum nicht gelten lassen, weil „die Beschwerden auch fortbestanden, als Pat. schon längst nach dem Erwachen durch Oeffnen des Mundes für eine ausgiebige Lungenventilation gesorgt hatte".**) Sehr ausgiebig wird nach dem

*) Voltolini, die Rhinoscopie etc. 1879. S. 200.
**) Cf. Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. 1884. No. 10, S. 182.

Gesagten die Lungenventilation nicht gewesen sein. Ich führe ausserdem noch an, dass junge Kaninchen, welchen man beide Nasenhälften mit Watte verstopft, in kürzester Zeit asphyctisch zu Grunde gehen trotz des Bestrebens, durch den Mund Luft zu bekommen, dass sie also ebensowenig wie Säuglinge und erwachsene Personen so ohne Weiteres dauernd durch den Mund athmen können.

Wenn, wie aus dem Angeführten hervorgeht, bei längerer Mundathmung der Gaswechsel erheblich beschränkt sein muss, so dürfte die hierbei eintretende Erscheinung der Enuresis eine vollkommene Analogie finden in der unfreiwilligen Harn- und Kothentleerung erstickender Thiere, sowie in dem Samenerguss Erhängter.

Es wird daher vielleicht der Mühe verlohnen, bei Enuresis besonders in der Kinderpraxis eine etwa vorhandene chronische Nasenobstruction einer eingehenden Behandlung zu würdigen.

Neuere Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Acustious-Reflexe. Von Prof. And. Högyes (Budapest). (Sitzungsber. d. Ung. Acad. d. Wissensch. — Centralbl. f. Nervenheilkunde vom 19. Januar 1885. Ref. v. Pollák.)

Bei Hystero-Epileptischen stellen sich auf wie immer geartete Töne hochgradige Reflex-Muskelkrämpfe ein, die schliesslich zur Hypnose führen. Je intensiver die Töne, desto starrer die Muskelcontracturen. Auf rhythmische Töne erfolgen rhythmische Bewegungen.

Lässt man vor einer hypnotisirten — oder wachen — Hysterischen die Stimmgabel erklingen, dann wenden sich beide Augen gegen die Tonquelle hin; tönt die Stimmgabel über dem Kopfe, dann wenden sich beide Augen nach oben und convergiren: es besteht eine positive Association zwischen dem Acusticus und dem die Augenbewegungen vermittelnden Centrum.

Vom Acusticus lassen sich auch Reflexe in den motorischen Bahnen des Trigeminus, Facialis, Vagus, Hypoglossus und successive sämmtlicher Spinal-Nerven auslösen.

Bei Hemianästhetischen werden vom tauben Ohre die Reflexbewegungen noch lebhafter ausgelöst, als vom normalen.

Bei einem Versuchsobjecte stellte sich auf das Ticken der Uhr Nystagmus ein; auch bei künstlichen Versuchseinrichtungen überzeugte sich H., dass Nystagmus bei Tauben und Hörenden eintritt, woraus erhellt, dass die Nervenbahnen der Tonempfindung von jenen der acustischen Reflexe im centralen Nervensystem gesondert und dass die zwei Functionen unabhängig von einander sind.

Auch die psychomotorische Kraft des Willens kann man durch acustische Reflexbewegungen gleichsam messen. Die mit einer gewissen Energie ertönende Stimmgabel figurirt als Dynamometer des Willens.

Die leisere, doch heftige Einwirkung der normalen acustischen Reize auf das gesammte Muskel-System ist eine ununterbrochene und die Ursache jenes allgemeinen Tonus, der im wachen Zustande das Muskelsystem in einem labilen, bilateralen Gleichgewicht erhält.

Bei Hysterischen entsteht auf die geringsten Sinneseindrücke eine Hyperlabilität in den Moleculen der Nervenzellen, nicht im sensiblen End-

apparate, nicht im Acusticus, sondern im aesthesotischen Theile des centralen Hirngrau.

Auch Charcot's „Diathese de Contractur" — die Fortdauer der hypnotischen Contractur im wachen Zustande — spricht für diese Auffassung.

Die von Charcot aufgestellten clinischen Schablonen der hypnotischen Stadien acceptirt H. nicht; die Erscheinungen coincidiren blos mit der Hypnose.

Ueber Nasen-Reflex-Neurosen. Von Dr. J. Sommerbrodt, a. ö. Professor an der Universität Breslau. (Berl. klin. Wochenschrift, 10 u. 11.)

S. hat seit seiner letzten Publication über den fraglichen Gegenstand Gelegenheit gehabt, an 138 neuen Fällen den Werth galvanocaustischer Zerstörung geschwellter Muschelparthien zu constatiren; von diesen 138 Kranken wurde S. nur von 8 wegen eines vermutheten Nasenleidens aufgesucht; dieser Umstand giebt eine genügende Erklärung, warum viele Rhinologen von Fach an der Häufigkeit von Nasenreflexneurosen zweifeln, und ist Grund genug für den pract. Arzt, sich mit den fraglichen Zuständen zu beschäftigen. Von der von S. zuerst beschriebenen vasodilatatorischen Neurose nach der Bronchialschleimhaut, die physikalisch die Zeichen einer chronischen Bronchitis darbietet und allen therapeutischen Maassnahmen spottet, berichtet der Verf. über 20 neue Fälle, von denen 13 geheilt, 4 gebessert wurden. 4 Fälle, in welchen die z. Th. schon lange bestehenden Beschwerden unmittelbar nach der Cauterisation schwanden, werden ausführlicher beschrieben. Der fragliche Zustand kann mit oder ohne Asthma verlaufen. Die Fälle dürfen nicht etwa als „Catarrh sec" angesehen werden, da catarrhalische Veränderungen von jahrelanger Dauer nicht in 24 Stunden schwinden können. Das Schwinden der vermehrten Secretion in den feineren Luftwegen nach Beseitigung path. Zustände in der Nase als etwas Zufälliges ansehen zu wollen, geht nicht an, da zu gleicher Zeit auch andere, sicher von der Nase abhängige Erscheinungen schwinden. Am deutlichsten sind die Erscheinungen Nachts bei horizontaler Lage, was differentiell-diagnost. Werth hat; lange dauernde Nachwirkung kann die Erscheinungen auch am Tage fortbestehen lassen. Ueberraschend ist, dass nach $^3/_4$—3jährigem Bestehen Emphysem noch nicht nachweisbar zu sein braucht.

Von grösserem Interesse sind ferner 4 durch Cauterisation der Muscheln prompt geheilte Fälle von Migräne, die ausführlicher beschrieben werden und um so mehr Beachtung verdienen, da andere Autoren (Schaeffer, Fraentzel) nur selten und geringen Erfolg constatiren konnten. Von 14 Fällen wurden 8 geheilt, 1 gebessert.

Von 52 Asthmatikern wurden 18 geheilt, 12 gebessert, nur 5 ungeheilt, die übrigen stehen noch in Behandlung oder sind nach der ersten Cauterisation nicht wieder gekommen; unter den nicht Geheilten befinden sich 2 Fälle von Heuasthma. Halbseitiges Asthma mit path. Veränderungen auf der entsprechenden Nasenseite sah S. nur einmal, konnte aber 4 Mal constatiren, dass nach Behandlung der einen Nase asthmatische Beschwerden nur noch auf der anderen Seite auftraten. Gerade bei Asthma ist meist eine grössere Anzahl von Cauterisationen nöthig.

Reflexerscheinungen nach Pharynx und Larynx kamen 22 in Behand-

lung; davon 16 geheilt, 2 gebessert. 6 Fälle von Nasenhusten wurden sämmtlich geheilt; von 8 mit Nieskrämpfen wurden 6 geheilt, 1 gebessert; von 3 Gesichtsneuralgien wurden 2 rasch durch Cauterisation der Muscheln geheilt, 1 blieb unbeeinflusst.

Hauptsache für guten Erfolg ist die gründliche Zerstörung der geschwellten Parthien. Begünstigend für die Auslösung der Reflexe ist horizontale Lage, Niederbeugen des Kopfes und bei Frauen Menstruation und Gravidität. S. hofft, dass man in der zeitweiligen Beseitigung der Beschwerden nach dem Bepinseln der geschwellten Muscheln mit Cocainlösung ein Kriterium finden werde, wodurch man schon vor der Operation einen Zusammenhang einer Neurose mit path. Zuständen in der Nase werde feststellen können. Dr. Götze.

Ueber die Anwendung von Chromsäureätzungen bei Krankheiten der Nasenhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes. Von Dr. Th. Hering, ord. Arzt d. laryng. Abth. des St. Rochus-Hospitals in Warschau.

Die Chromsäure wird unverdienter Maassen verkannt und missachtet; sie wird selbst von denen, die sie viel gebraucht haben, als ein gefährliches Mittel bezeichnet, das Intoxicationen hervorrufen könne und für Schleimhäute ein zu scharfes Aetzmittel sei, dessen Wirkung sich auf Nachbartheile erstrecke und im Kehlkopf Glottiskrampf erzeugen könne (Lewin, Fraenkel, Lefferts, Gottstein). Diese schlimmen Erfahrungen fallen nicht dem Mittel, sondern der mangelhaften Applicationsmethode — Auftragen der Crystalle mit Holz- oder Glasstab und Pinsel — zur Last, bei welcher das Aetzmittel auf gesundes Gewebe fallen kann. Schmilzt man dagegen die Chromsäure an Silber- oder Platinsonden (weniger gut ist Neusilber und Eisen), so ist eine genaue Dosirung, exacte Application auf die erkrankte Stelle und eine bestimmte Dauer der Einwirkung in die Hand des Arztes gegeben. Die Crystalle dürfen nur $^1/_4$—$^1/_2$ Minute mässig erhitzt werden, da sich sonst das nicht ätzende Chromoxyd bildet. Mit so armirten Sonden kann man oft sogar die Pars interarytaen. ätzen, ohne Husten hervorzurufen. Wenn Gottstein u. A. bei solchen Aetzungen Glottiskrampf sahen, so liegt das an der Verunreinigung des Präparates mit Schwefelsäure; obiges Verfahren des Anschmelzens hat noch überdies den Vortheil, dass durch dasselbe die Schwefelsäure ganz entfernt wird. Um Intoxicationen durch locale Resorption oder in Folge von Verschlucken vorzubeugen, hat man nach der Aetzung Nase und Rachen mit Sodalösung ausspritzen resp. ausgurgeln zu lassen, bis die Lösung nicht mehr gelb abläuft, für die nächsten 2 Stunden das Essen zu verbieten und prophylactisch vor der Operation 100 Grm. 4 proctg. Sodawasser trinken zu lassen. Bei Kindern, die sich nicht gurgeln können, ist der Gebrauch der Chromsäure contraindicirt. Muss die Cauterisation wiederholt werden, so wartet man bis die entzündliche Reaction abgenommen und die Schorfe sich abgestossen haben. Unter obigen Cautelen sah H. von üblen Wirkungen nichts, als sehr selten einmal Uebelkeit oder Brechen, nie Diarrhoe, und empfiehlt es dringend zur caust. Beseitigung von entzündlichen und adenoiden Wucherungen, Granulationen, weichen Polypen oder deren Resten in Nase, Rachen und Kehlkopf; für Behandlung von Hypertrophien der Nasenmuscheln verdient die Chromsäure den Vorzug sogar vor dem Galvanocauter.

Dr. Götze.

Die Nase in ihren Beziehungen zum übrigen Körper. Von Dr. W. Runge. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. M. L. Rossbach, Director der med. Klinik in Jena. (Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1885.)

Vorliegende Arbeit, eine unter Prof. Rossbach's Leitung gefertigte Dissertation, liefert eine kritisch-referirende Zusammenstellung alles dessen, was bisher bekannt geworden ist über die Beziehung der Nase zu den Functionen des übrigen Körpers, ein zeitgemässes Thema jedenfalls, nachdem seit wenigen Jahren die Rhinologie stetig an Bedeutung gewonnen und durch Hack's Arbeiten eine Reihe der Lösung harrender Fragen auf die Tagesordnung gestellt sind. Prof. Rossbach nimmt in der Einleitung zu diesen Fragen Stellung; man hat nach ihm zwei Arten von der Nase ausgehender Reflexe zu unterscheiden: a) die von Alters her bekannten, experimentell jederzeit hervorzurufenden und b) die nur bei bestimmten Individuen vorkommenden, Hack'schen Reflexe, die er durch mechanische, chemische und electrische Reize hervorzurufen nicht im Stande war und welche auch nicht bei allen an Schwellung der Muscheln Leidenden auftreten. Es ist demnach Hack's Annahme, dass die Reflexe bedingt seien durch Reizung der sensiblen Nervenenden in der geschwellten Schleimhaut, nicht ohne Weiteres richtig. Zum Zustandekommen der bekannten Symptome gehört eine eigenartige, der Hysterie oder Neurasthenie ähnliche Beschaffenheit der nervösen Reflexbahnen. Wenn in den bisher bekannten Krankengeschichten das allgemeine Bild der Hysterie öfters fehlt, so muss man eben eine partiale hysterische resp. neurasthenische Beschaffenheit des Nervensystems annehmen: eine Anschauung, die uns ja auch bei jenen Neurosen nicht ungeläufig ist. Durch diese Betrachtungsweise würden die neue Lehre Hack's und die Erfolge seiner Behandlung das Geheimnissvolle verlieren und sich an bekannte Thatsachen ungezwungen anschliessen.

Runge behandelt im ersten Capitel die Beziehung der Nase zum übrigen Körper und zwar die Beeinflussung des Gesichtsausdruckes durch die Nasenform und der Entwickelung des Gesichtsskelettes und der Sprache und Stimmbildung bei angeborenen und erworbenen Abnormitäten des Gerüstes der Nase oder ihrer Höhlen.*) Das zweite Capitel behandelt das Geruchsvermögen und die Einwirkung der Gerüche auf das seelische Befinden und die Geschlechtsfunctionen. Im dritten Capitel wird die Physiologie der Nasenschleimsecretion und die medicamentöse Beeinflussung derselben abgehandelt. Die 3 nächsten Abschnitte sind den Reflexen gewidmet und zwar den von der Nase ausgehenden, den auf dieselbe von andern Körperstellen überspringenden und endlich den Hack'schen Reflexen. Im letzten Capitel werden die Beziehungen zwischen Nase einerseits und Gehirn, Augen und Ohren andrerseits erörtert. Die kurze Inhaltsangabe möge genügen, das Büchlein allen Rhinologen angelegentlich zu empfehlen.

Dr. Götze.

Das Cocain bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Von Dr. Stanisl. v. Stein-Moskau. (D. Med. Wochenschrift No. 9.)

St. bestätigt durch einige Beobachtungen die vorzügliche anästhesirende

*) Confer. die betreffende wichtige Arbeit Ziem's über dies Thema in der Monatsschr. f. Ohrenh.: „Ueber Asymmetrie des Schädels bei Nasenkrankheiten". (Anm. d. Red.)

Wirkung des Cocains auf den Kehlkopf zu therap. und operativen Zwecken. Die Schleimhaut der Nase macht es anämisch, wobei viel klarer Schleim abgesondert wird, bringt die Muscheln zum Abschwellen und ruft eine längere Anästhesie derselben hervor. Es empfiehlt sich also hier das Cocain neben den therap. und operat. Zwecken auch zu diagnostischen zu verwerthen: die Contraction der Schwellkörper ist so gross, dass man nach einer Einpinselung die hintere Wand des Nasenrachenraumes sehen kann. Schnupfen beseitigt täglich eine Einpinselung einer 5 pctg. Lösung in 3—4 Tagen; in der Therapie des Säuglingsschnupfens wird Cocain eine Rolle spielen. Nach Operationen in der Nase, bei denen die Localanästhesie angewendet worden ist, muss man den Kranken noch beobachten, bis die Anämie der Schleimhaut wieder geschwunden ist, da mit der wiederkehrenden grössern Blutzufuhr abundante Blutungen sich einstellen können. Für das Ohr ist Cocain ebenfalls ein gutes Anästheticum; bei Trommelfellperforation kann man durch Einträufeln von Cocainlösung die geschwellte Paukenschleimhaut zum Abschwellen bringen; die Eitersecretion scheint es zu beschränken. Dr. Götze.

Einige Mittheilungen aus dem Gebiete der Nasen- resp. Nasenrachenaffectionen. Von Dr. Katz (Berliner klinische Wochenschrift 1885, No. 24.)

K. beschreibt einen Fall von copiösem Nasenbluten, das nach einem Verlust von circa 4 Ltr. Blut durch die hintere Tamponade gestillt wurde. Der Fall ist interessant dadurch, dass er ein 10jähriges Mädchen betraf, also vor der Pubertät auftrat und dass der Sitz der Blutung am hinteren Ende der Muschel gewesen sein muss; die Diagnose ist nicht durch directe Inspection gestellt.

Ferner beschreibt K. einen Fall eines grossen Nasenrachenpolypen, der mit der Schlinge und Choanenzange nicht entfernt, aber mit dem eingeführten Finger leicht abgequetscht werden konnte, und macht endlich auf eine Gefahr des Tonsillotom aufmerksam, dass nämlich das dünne innere Ringmesser, namentlich wenn es an den schwerer zu reinigenden Stellen zu rosten beginnt, abbrechen kann. Die Instrumente von Lucae und Mackenzie sind vorzuziehen. Dr. Götze.

Das Menthol, ein Ersatz des Cocain zur Erzeugung localer Anästhesie in Nase und Pharynx. Von Dr. A. Rosenberg. (Berliner klin. Wochenschrift, 1885, No. 28.)

Angeregt durch die Angabe einzelner mit Cocain behandelten Kranken, dass dasselbe ein Kältegefühl auf den eingepinselten Parthien erzeuge, versuchte R. durch Application anderer Kältegefühl erzeugender Anästhetica die Sensibilität der Nasenschleimhaut herabzusetzen und Schwellungen zu beseitigen. Durch Einpinselung von Aether wurde nach vorübergehendem Brennen der letztere Zweck nur unvollkommen, der erstere ganz erreicht. Bei Verwendung einer 20proctg. ätherischen Menthollösung wurde auch die Sensibilität stärker herabgesetzt. Das oft unangenehme Brennen ist geringer bei Verwendung alcoholischer 30—50proctg. Lösungen, welche eine vollständige Sensibilitätslähmung von 1—3 Minuten Dauer in Nase und Pharynx erzeugen. 10—20proctg. Lösungen setzen auch die Reflexerregbarkeit des Larynx etwas herab; stärkere Lösungen rufen

hier Husten hervor. Das Menthol ist dem Cocain nicht gleichzusetzen, empfiehlt sich aber wegen seiner Billigkeit (1 Grm. kostet 0,2—0,25 M.) zur Benutzung. Dr. Götze.

Die Natur und die Behandlung der Ozaena. Von Dr. Löwenberg. (Deutsche med. Wochenschrift No. 1 und 2, 1885. L'Union méd. No. 22 und 25, 1884.)

Verfasser giebt durch das Ergebniss seiner Untersuchungen endlich auch der von bereits vielen (z. B. dem Ref. seit 3 Jahren) Rhinologen geübten antibacteriellen Behandlung der Ozaena eine thatsächliche Unterlage. Nur bei der unter dem Symptomencomplex der Ozaena verlaufenden chronischen Nasenaffection findet sich ein Diplococcus, der gross, in Haufen oder Ketten auftritt, und wobei das Nasencecret meist alcalisch reagiren soll. Zur Untersuchung wähle man dünne Schleimfäden, zur Färbung Anilin. Therapeutisch bewährten sich entsprechend am besten starke parasiticide Mittel, vornehmlich locale Nasenbäder mit Sublimatlösungen (1 : 10000) und Boracid-Einblasungen.

(Ref. glaubt hervorheben zu dürfen, dass schwache Sublimatbäder wenig oder vielleicht nur nach sehr langer Zeit helfen — stärkere Sublimatlösungen bessern jedoch, wenn mit der Weber-Liel'schen Spritze applicirt (1 : 2000), aber in dieser Concentration sehr schmerzhaft, 2—4 Stunden heftigste Schmerzen hervorrufend — wie er an sich selbst öfter erprobt.

Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraum-Krankheiten. Von Dr. Tornwaldt (Danzig). Wiesbaden bei Bergmann. 1885.

Vorstehende Monographie beansprucht auch das Interesse der Ohrenärzte, insofern nämlich darin der Nachweis geführt wird, dass Erkrankungen (Hypersecretion und Cystenbildung) der am Rachendache befindlichen, bisher fast nur durch anatomische Untersuchungen bekannten Bursa pharyng. auch für das Gehörorgan von wesentlicher Bedeutung sein können. T. beobachtete eine Reihe von Tuben- und Mittelohrcatarrhen, welche trotz der üblichen Behandlungsweise sich nur vorübergehend besserten, bis die Erkrankung der Bursa phar. zur Heilung gekommen war. Die Arbeit, welche des practisch Verwerthbaren Vieles bietet, verdient einem eingehenderen Studium empfohlen zu werden.

Keller.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

A Contribution to the Study of Chorea Laryngis. Von Edgar Holden (Newark, N. J., Verein. Staaten). Vorgetragen in der am 14. Mai 1884 abgehaltenen Sitzung der American Laryngological Association. (The New-York Medical Journal, 10. Januar 1885.)

Der mitgetheilte Fall betraf einen 57jährigen, stark beschäftigten Arzt, dessen Gesundheit seit 20 Jahren wegen Ueberanstrengung (overwork) gelitten hatte. Zuerst trat eine leichte Spitzenpneumonie mit Blut-

speien auf, welche wieder zurückging, später kamen Anfälle von nervöser Reizung des Herzens (das „irritable heart“ von Da Costa, von andern Autoren „cardiac chorea“ genannt), wahrscheinlich durch übermässigen Chiningebrauch herbeigeführt. Im Januar 1883 trat Dysphonie auf, welche sich im Verlauf von zwei Wochen zu vollständiger Aphonie entwickelte, und zwar ohne Schmerz, Husten oder Schluckbeschwerden. Bei der nun vorgenommenen Untersuchung erschien die hintere Oberfläche des Kehldeckels und die vordere Larynxschleimhaut „subacut entzündet“, dabei waren die Adductoren paretisch. Am 22. Tag nach dem Auftreten der Aphonie wurden zuerst spontane, von Phonationsversuchen unabhängige choreatische Bewegungen der Stimmbänder beobachtet. Bei einer im Januar 1884 vorgenommenen Untersuchung waren die letzteren nicht mehr zu sehen, doch dauerte die Aphonie fort. Später stellte sich inspiratorische Phonation ein. Pat. respirirte leichter bei über den Kopf erhobenen Armen. Herzfehler, Aneurysma und Druck durch vergrösserte Lymphdrüsen waren auszuschliessen, ebenso fehlte jeder Anhaltspunkt zur Annahme einer Hirnerkrankung. Die Wirbelsäule war auf der Höhe des Ganglion Wrisbergii auf Druck empfindlich, gleichfalls das Epigastrium. In trockenem Höhenclima verlieren sich sämmtliche Symptome.

Die an die Krankengeschichte geknüpften epikritischen Bemerkungen sind etwas confus. A. Schapringer (New-York).

Paralysis der Kehlkopferweiterer centralen Ursprungs. Von Prof. D. Koschlakow. (Russische Medicin No. 1—2, 1885.)

Die Kranke, 60 J. alt, wandte sich im September 1881 zum Verf. wegen Schwäche der Hände und der Athemnoth; sie will schon vor 4 J. erkrankt sein. Atrophia Mm. inteross., emin. thenar. et hypothenar. und „main en griffe“ links; dieselben Erscheinungen rechts, aber schwächer. Einige Zeichen von Atrophie des Halses. Vollkommene Unbeweglichkeit der linken Kehlkopfhälfte; das linke Stimmband steht gerade gestreckt und nahe der Mittellinie. Die Stimme ist vollkommen rein. Also liegt die Diagnose der Kehlkopfschliesserlähmung auf der Hand. — Ein Jahr später: Zunahme der Athemnoth inspiratorischen Characters; bei grossen Anfällen wird Inspirium laut; die Atrophie der Hände ist fast gleich. Die rechte Kehlkopfhälfte zeigt nun auch dieselben Erscheinungen, wie die linke; die beiden Stimmbänder sind genähert. Die Stimmspalte während der Athmenpausen bildet eine enge Spalte mit zugespitzten vorderen und abgerundeten hinteren Enden. Beim Singen hat die Spalte normales Aussehen; zum Anfang des Phonirens kann man eine schwache Annäherung der Aryknorpel und Geradewerden der freien Ränder der Stimmbänder bemerken. Bei der Inspiration wird die Spalte enger, als während der Pause, und um so enger, je stärker die Inspiration. Die Stimme ist ganz rein von f bis c‴. Die folgenden 3 Jahre — in St. quo. Es liegt, nach dem Verf., die Ursache der Lähmung im Centralnervensystem und zwar in Med. obl., als Folge des Weiterschreitens der spinalen Form der progressiven Muskelatrophie auf die Med. oblongata, und wenn es so wäre, da könnte man schliessen, dass die Centralkerne der Eröffner in der Med. obl. niedriger gelegen sind, als die der Schliesser und Spanner. E. Stepanow.

Eine seltene Form von Kehlkopfneurose. (A rare form of laryngeal neurosis.) Von P. M'Bride. (Med. chir. society of Edinburgh 1884, 16. Jan.)

Es handelt sich um einen Fall von Larynxschwindel, wie er zuerst von Charcot in 4 Fällen beschrieben wurde; nach ihm wurden noch 5 beschrieben von Gasquet, Krishaber, Gray und zwei von Lefferts.

In des Verf.'s Fall begann die Krankheit mit dem kurzen Verweilen einer Gräte im Kehlkopf. Die Anfälle kamen nicht durch Husten, wie in anderen Fällen. Patient fühlte vorher ein Kitzeln im Kehlkopfe; er verlor dabei nicht das Bewusstsein. Verf. glaubt, dass in der schon von Weber 1851 beschriebenen Herabsetzung der Herzaction und dadurch der Blutcirculation die Erklärung für das Zustandekommen der Anfälle liege. Er hat diese Schwächung der Herzaction sphygmographisch nachgewiesen. Dr. M. Sch.

Ueber Bronchialerweiterung. (De la dilatation des bronches.) Von V. Hanot u. A. Gilbert. (Archives de physiologie 1884, Série, Tome IV, p. 153 und Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, Januar 1885.)

Die Bronchiectasie ist die Folge der Veränderung der Elemente, welche die Bronchien zusammensetzen; diese Veränderung tritt als Folge der chronischen Entzündung auf: die Bronchialwand geht in vasculäres, embryonales Gewebe über, die elastischen und Bindegewebsfasern gehen auseinander; die Knorpel, Drüsen und Muskelfibrillen werden zerstört.

Die Autoren haben die histologische Analyse der Bronchiectasien bei Lungencirrhose gemacht; sie heben den bedeutenden Antheil hervor, welchen die elastischen Fasern bei der Zerstörung des Lungengewebes nehmen; sie betonen die Hypertrophie der Muscularis und der Elastica der Arterien. Das Gewebe der bronchiectatischen Cavernen besteht grösstentheils aus embryonalem Gewebe und aus erweiterten Capillargefässen; letztere sind zahllos, schlangenförmig gebogen; meistens gleichmässig weit, haben sie ausnahmsweise ampullenartige Erweiterungen; sie strotzen von Blut; ihre Wand besteht aus einer amorphen, doppelwandigen, Zellenkerne enthaltenden Membran; diese Wand unterscheidet sich also nicht von der der gewöhnlichen Capillargefässe. Auf der Oberfläche und den Hervorragungen der Mucosa ist diese Vascularisation so entwickelt, dass man ein cavernöses Aneurysma vor sich zu haben glaubt. Gegenüber den Klinikern, welche die Blutungen bei Bronchiectasien als vom Lungengewebe herrührend betrachten, leiten alle betreffenden Autoren selbe von der unveränderten Mucosa der Cavernen ab. Dr. P. K.

Ueber die Auscultation der Oesophagus-Geräusche während des Schluckens und über die Veränderung dieser Geräusche durch gewisse pathologische Zustände der Brustorgane. (De l'auscultation des bruits oesophagiens pendant la déglutition et des modifications de ces bruits dans certains états pathologiques thoraciques.) Von Dr. Baréty. (Revue de médecine 1884 und Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, Janvier 1885.)

Der Autor zieht folgende Schlüsse aus seiner ziemlich ausgedehnten Arbeit:

Die in der Infrascapulargegend durch die Auscultation wahrnehmbaren Geräusche erscheinen im normalen Zustande links an der Wirbelsäule etwas stärker als rechts von derselben.

In manchen pathologischen Zuständen können diese Geräusche sich steigern und auf einer oder der anderen Seite der Wirbelsäule deutlicher werden.

Zu diesen pathologischen Zuständen muss man besonders die tuberculöse Induration der Lungenspitzen sowie das Anschwellen der Tracheal- und Bronchiallymphdrüsen rechnen.

In diesen Fällen besteht die Accentuirung der Geräusche auf der Seite, wo die Krankheit ihren Sitz hat oder wo dieselbe besonders vorwiegt.

In manchen Fällen werden nicht nur die Intensität, sondern auch das Timbre der Schluckgeräusche modificirt; so hatte z. B. bei Vorhandensein eines pleuritischen Exsudates das Schluckgeräusch den Ton eines pleuritischen Exsudates angenommen.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass man die Auscultation der Schluckgeräusche nicht nur bei der Diagnose der Oesophagus-Krankheiten, sondern auch zur genauen Feststellung des Sitzes einer Lungenerkrankung anwenden soll. Dr. P. K.

Thyreotomie wegen Papillomen des Larynx.

Einen solchen Fall stellte Bennett May in der Midland medical society vor (Lancet 1885, 5. Juni). Er betraf einen dreieinhalbjährigen Knaben; derselbe wurde durch die Operation geheilt. Die Zeit der Entstehung der Papillome, ob sie angeboren, ist nicht angegeben.

Dr. M. Sch.

Inhalt.

I. Originalien: Ziem: Delirium und vorübergehendes Irresein nach Operationen in der Nase. — Ziem: Zur Anwendung des Gaumenhakens. — Bartsch: Zur Schallleitung durch die Kopfknochen. — II. Referate: a) Oto-rhinologische: Blau: Ueber Erkrankungen des Gehörorgans bei Leukämie. — Körner: Zwei Fälle von erworbenen Defecten im Schläfenlappen. — Luciani: Ueber die sensorischen Localisationen in der Hirnrinde. — Jacquemart: Ein Fall von Exostose im äusseren Gehörgang. — Berichtigung. — Ziem: Ueber die Bedeutung der Zahnkrankheiten für die Entstehung von Nasenleiden — Ziem: Ueber die Abhängigkeit der Enuresis nocturna von Nasenobstruction. — Högyes: Neuere Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Acusticusreflexe. — Sommerbrodt: Ueber Nasen-Reflex-Neurosen. — Hering: Ueber die Anwendung von Chromsäureätzungen bei Krankheiten der Nasenhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes. — Rossbach: Die Nase in ihren Beziehungen zum übrigen Körper. — v. Stein: Das Cocain bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. — Katz: Einige Mittheilungen aus dem Gebiete der Nasen- resp. Nasenrachenaffectionen. — Rosenberg: Das Menthol, ein Ersatz des Cocain zur Erzeugung localer Anästhesie in Nase und Pharynx. — Löwenberg: Die Natur und die Behandlung der Ozaena. — Tornwaldt: Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraum-Krankheiten. — b) Pharyngo-laryngologische: Holden: A Contribution to the Study of Chorea Laryngis. — Koschlakow: Paralysis der Kehlkopfserweiterer centralen Ursprungs. — M'Bride: Eine seltene Form von Kehlkopfneurose. — Hanot und Gilbert: Ueber Bronchialerweiterung. — Baréty: Ueber die Auscultation der Oesophagus-Geräusche während des Schluckens und über die Veränderung dieser Geräusche durch gewisse pathologische Zustände der Brustorgane. — May: Thyreotomie wegen Papillomen des Larynx.

Beiträge oder Referate beliebe man an Herrn Prof. Dr. Weber-Liel in Jena einzusenden; ebenso alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive, Separat-Abdrücke und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan, Berlin SW., Alte Jacobstr. 6.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Burow** (Königsberg i. Pr.), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. Jos. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität, Ohrenarzt d. Allg. Krankenhauses in **Wien**

Dr. J. M. ROSSBACH
o. ö. Prof. d. spec Pathol. u Therap. u. Vorstand der medicin. Klinik an der Universität in **Jena**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in **München**

Dr. L. v. SCHRÖTTER
Prof. u. Vorstand d. Klinik für Halskrankh. an der Universität in **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität in **Breslau**

Dr. WEBER-LIEL
Prof. f. Ohrenheilk. u. Vorstand d. Ohrenklinik an der Universität in **Jena**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XIX. **Berlin, October 1885.** **No. 10.**

I. Originalien.

Zur Symptomatologie der Ohrenschmalzpfröpfe.

Von

Dr. Weil.

Die gewöhnlichen Symptome, welche die Ohrenschmalzansammlungen machen, sind allbekannt. Lange Zeit unbemerkt, werden sie meistens mit einem Schlage, besonders nach Bädern, Waschungen, Manipulationen im Ohr etc. den Besitzern die Quelle grosser Beschwerden: die Betreffenden hören schlecht, bekommen Druckgefühl, nicht selten Schwindel. Die Diagnose ist ja mit Hülfe des Spiegels rasch gestellt und die Behandlung einfach und erfolgreich.

Doch kommen hier und da Fälle vor, bei denen man mit der Diagnose und in der Folge mit der Behandlung unsicher ist. Im vorigen Jahr kamen schnell nach einander zwei derartige Fälle in meine Behandlung. Vorher und seither habe ich trotz eines ziemlich grossen Materiales solche nicht wieder gesehen, so dass ich diese Fälle als etwas Seltenes erklären möchte, weshalb ich sie hier mittheile:

Fall 1. Herr V. kam am 7. Februar v. J. mit der Bitte, sein linkes Ohr zu untersuchen: er höre seit 14 Tagen infolge eines kalten Umschlages, den er sich wegen Kopfschmerzen gemacht habe, ganz schlecht

auf diesem Ohr, habe continuirliches Sausen und allmählig sich steigernde Schmerzen.

Die Untersuchung ergab:

Flüstersprache wird links nicht mehr gehört; die Stimmgabel bei Knochenleitung nach der kranken Seite zu; mit dem Spiegel finde ich den linken knöchernen Gehörgang vollständig verschwollen; das Trommelfell ist nicht zu sehen; die Tuba ist gut durchgängig. Mein erster Gedanke war, es werde sich ein Furunkel im knöchernen Gehörgang bilden. Diese kommen hier, wenn auch nicht häufig, doch vor. Dagegen sprach nur die Dauer der Affection, da es bei Furunkeln innerhalb von 14 Tagen gewöhnlich schon zu Eiterbildung und Durchbruch kommt.

Ich verordnete dem Patienten warmes Verhalten und bestellte ihn auf den nächsten Tag. Am nächsten Tage war das Bild dasselbe, nur hatte sich der Schmerz gesteigert. Die Sache ging einige Tage so weiter; die Schwellung blieb diffus; von Eiter zeigte sich keine Spur; der Patient konnte nicht mehr schlafen.

Zur Milderung des Schmerzes und zur Beschleunigung des Processes machte ich und liess ich fleissig Warmwasser-Eingiessungen und -Einspritzungen vornehmen — in den ersten zwei Tagen ohne Erfolg.

Ich dachte an Blutegel und Incisionen.

Am 3. Tage endlich kam Patient, der durch den Schmerz ganz aufgeregt worden war, Morgens freudestrahlend: der Schmerz hätte sich diese Nacht ganz gelegt; es hätte sich unter starken Schmerzen eine braune, feste Masse aus dem Ohr geschoben; seither sei das Ohr frei.

Die Masse war ein Stück verhärtetes Ohrenschmalz. Der Gehörgang war bei der Untersuchung schon weiter, das Trommelfell zum grossen Theil sichtbar; das Gehör gut; das Sausen verschwunden.

In den nächsten Tagen verlor sich die Schwellung und Röthung des Gehörgangs ohne Weiteres vollständig.

Fall 2. Frau Werkmeister Br. hatte schon längere Zeit rechts schlechtes Gehör, Sausen und neuerdings ziemlich starken Schmerz im Ohr.

Die Untersuchung ergab: die Flüstersprache wird rechts kaum gehört; die Stimmgabel der kranken Seite zu.

Mit dem Spiegel fand ich am Ohreingang leichtes Eczema squamosum; der knöcherne Gehörgang war stark verengt; das Trommelfell unsichtbar; die Tuba gut durchgängig.

Da ich den ersten Fall kurz vorher gesehen hatte, hielt ich es für möglich, dass es sich auch hier um denselben Process handle; wahrscheinlich dünkte mir aber, dass sich ein Furunkel bilde.

Der Möglichkeit wegen, dass es sich doch um eine Ansammlung von Cerumen handle, verordnete ich Warmwasser-Eingiessungen und -Ausspritzungen.

Die Wirkung war in den ersten zwei Tagen und Nächten eine starke Steigerung des Schmerzes. Die Patientin schlief nicht mehr.

Am dritten Tage entfernte ich zum ersten Mal mit der Spritze kleine Cerumenmassen, was die Diagnose sicherte, aber den Schmerz nicht geringer machte.

Erst der nächste und übernächste Tag brachte grosse Cerumenmassen zur Entleerung und damit der Patientin die gewünschte Ruhe.

Ueber Aluminium acetico-tartaricum und Aluminium acetico-glycerinatum siccum bei Affectionen der Nase, des Nasen-Rachen-Raumes und des Larynx.

Von

Dr. med. **Victor Lange** (Kopenhagen).

In der Deutschen med. Wochenschr. No. 23, 4./6. 85 hat Dr. Max Schaeffer in Bremen die Wirkung 2 neuer, von dem Herrn Apotheker Athenstaedt daselbst dargestellter Aluminiumpräparate bei verschiedenen Krankheiten in der Nase, im Nasenrachenraum und Larynx beschrieben. Zahlreiche und sorgfältige Beobachtungen liegen seiner Mittheilung zu Grunde. Er endet seinen Artikel mit einer dringenden Aufforderung zu weiterer Prüfung beider Mittel, in der Hoffnung, seine Beobachtungen bestätigt und erweitert zu finden. Indem nun zunächst ich dieser Aufforderung gern folge, so erlaube mir vorweg die Bemerkung, dass ich die beiden Mittel seit Februar d. J. täglich in Anwendung gezogen habe. Der mir befreundete College Schaeffer hatte die Güte, mir eine Quantität der neuen Mittel zur Prüfung zu senden; später habe ich sowohl mit Präparaten aus Bremen, wie auch mit solchen von dem Hause Gehe meine Versuche gemacht. Im Grossen und Ganzen bin ich zu denselben Resultaten gekommen, wie Dr. Schaeffer; in einigen Punkten glaube ich die Beobachtungen Sch.'s erweitern zu können.

Bevor ich zu meinen Erfahrungen über die Anwendung und Wirkung der oben genannten Mittel übergehe, gestatte ich mir, auf Wunsch der geehrten Redaction dieser Zeitschrift, eine ausführlichere Mittheilung des ebenso interessanten wie höchst beachtenswerthen Artikels des Herrn Dr. Schaeffer vorauszuschicken. „Dieser hat die Mittel gegen verschiedene krankhafte Zustände der Schleimhaut des oberen Respirationstractus angewandt, sowohl in Pulverform, als auch in Lösungen. Er hält das Aluminium acetico-tartaricum für 5 Mal stärker, als das Aluminium acetico-glycerinatum siccum, weshalb die Indicationen für den Gebrauch der beiden Präparate sich etwas verschieden verhalten. Bis heute hat das Aluminium acetico-glycerinatum sicc. in Lösungen keine grössere Anwendung gefunden, wohl wegen des noch hohen Preises; die Wirkung desselben in Pulverform steht der von Borsäure am nächsten, während das Aluminium acetico-tartaricum ungefähr der einer Lösung von Argent. nitric. 1 : 5 gleichkommt. Die Pulver beider Präparate sind weiss, riechen nach Essigsäure und sind von süsslich zusammenziehendem Geschmack; sie beide sind löslich in Wasser; beim Erhitzen der Lösungen findet indessen Zersetzung statt, weshalb die Pulver immer mit kaltem destillirtem Wasser behandelt werden müssen. Die Kranken gewöhnen sich leicht an den eigenthümlich essigsauren, metallischen Geschmack.

Bringt man das Aluminium acetico-tartaricum in Pulverform (am besten fein gepulvert) auf die Schleimhaut der Nase, des Larynx, nimmt dieselbe fast gleich ein gleichsam geätztes Aussehen an. Das im Anfange hervorgerufene Gefühl von Trockenheit verschwindet bald, nachdem ein oft sehr intensiver seröser Ausfluss aus der Nase, der mehrere Stunden dauern kann, angefangen hat. Dass es sich um eine Aetzung handelt, ergiebt sich aus der Abstossung kleiner Schorfe, die oft von

leichten capillären Blutungen begleitet ist. Da das Mittel eine intensive schleimig-eitrige Secretion herbeiführt, werden hierbei die Borken, womit man so häufig bei chronischer Rhinitis, Ozaena und Pharyngitis sicca die Schleimhäute belegt sieht, abgelöst. Besonders bei Ozaena werden die Borken dünner, seltener, und verliert sich der üble Geruch des Secretes rascher, als bei einer anderen Behandlung. Die Wirkung des Mittels ist nach 5—7 Tagen vorüber. Am besten applicirt man das Pulver 2 Mal wöchentlich; häufigere Anwendung, besonders bei leichter Rhinitis chronica, veranlasst nicht selten Schmerzen in der Nase und im Kopfe. Bei acuter Laryngitis und leichter Rhinitis schienen ihm die bisher bewährten Mittel den Vorzug zu verdienen. Unangenehme Nebenwirkungen, wie z. B. bei der Anwendung von Carbolsäure, hat Dr. Schaeffer nie beobachtet, weshalb er auch das Mittel in Lösungen zum Ausspülen der Nase und zum Gurgeln in Anwendung gezogen hat; wegen der Ungefährlichkeit desselben braucht er es auch lieber als das Kali chloricum. Von einer 50% Solution nimmt er 1 Theelöffel auf ½—1 Liter lauwarmes Wasser zur Ausspülung der Nase. Bei chronischen Nasenrachencatarrhen mit profuser schleimig-eitriger Secretion und Borkenbildung, ebenso bei der Pharyngitis sicca lässt er von einer 20% Lösung 10 Tropfen auf 200,0 laues Wasser zum Ausspülen der Nase und Gurgeln mit bestem Erfolge anwenden. Dr. Schaeffer bezeichnet die Wirkung des Aluminium acetic.-tartaric. als eine caustisch-adstringirende, und empfiehlt das Mittel als äusserst wirksam bei allen mit Borkenbildung einhergehenden Krankheiten der Schleimhäute des oberen Respirationstractus. Das Aluminium acetico-glycerinatum siccum benutzt er zu Insufflationen bei einfacher chronischer Rhinitis, Laryngitis und Phthisis laryngis. Das Mittel reizt nicht mehr als Borsäure, scheint aber, namentlich bei Ulcer. im Larynx, noch wirksamer als diese zu sein.“ —

Was die verschiedenen Präparate betrifft, möchte ich hervorheben, dass sich das Aluminium acetic.-tartaricum in Bezug auf die Löslichkeit ein Bischen verschiedenartig zu verhalten scheint; ich habe nämlich auf der hiesigen Apotheke unklare Lösungen erhalten, obschon diese, wie angegeben, mit kaltem destillirtem Wasser dargestellt und die Lösungen nicht zu concentrirt waren. Der Apotheker behauptet, dass die Präparate von Herrn Athenstaedt die besten, d. h. vollständigsten Lösungen geben; die von Herrn Gehe bezogenen haben oftmals im Anfange klare Lösungen gegeben; nach einiger Zeit ist ein verschiedenartig grosser Bodensatz erschienen. Die Unklarheit der Lösungen rührt entweder von weniger chemisch reinen Präparaten oder auch davon her, dass die Kohlensäure die leicht gebundene und schwächere Essigsäure austreibt; das gilt vor Allem von den Lösungen von Aluminium acetico-glycerinatum siccum. — Im Allgemeinen löst sich indessen das Aluminium acetico-tartaric. leicht und vollständig auf; das Aluminium acetico-glycerin. löst sich nicht immer auf; jedenfalls hält sich die Lösung nur kurze Zeit, indem sie bald ein gallertartiges Aussehen annimmt. Diese Erfahrung habe ich wenigstens mit den verschiedenen Präparaten, die hier in Kopenhagen zu haben sind, gemacht. Ich habe daher fast ausschliesslich mit Lösungen von Alum. acetic.-tart. experimentirt, während ich sowohl dieses Mittel, als das Alum. acetic.-glycerin. sicc. in Pulverform angewendet habe.

Nach meinen Erfahrungen geht's mit den genannten wie mit den

meisten adstringirenden Präparaten, dass einige Kranken für dieselben eine ausgesprochene Idiosyncrasie haben; es sind Ausnahmen, doch findet man solche. Eine zweite Gruppe reagirt ziemlich stark dagegen, und zwar nicht nur nach der Anwendung von Lösungen, sondern auch nach dem Einblasen des Pulvers. Am öftesten tritt in solchen Fällen ein acuter Schnupfen mit reichlich wässerigem Ausfluss ein, der einige Stunden bis einen halben oder ganzen Tag fortdauern kann; gleichzeitig klagen die Kranken oft über ein spannendes Gefühl an Stirne und in der Nase, über Neigung zum Niesen oder über schmerzhafte Empfindungen im Hinterkopfe; doch scheinen solche Phänomene besonders dann am leichtesten hervorgerufen zu werden, wenn keine stärkere Absonderung eintritt. Diese Nebenwirkungen sind indessen nicht eigenthümlich für die genannten Präparate, denn wir können nach der Einblasung von den verschiedenartigsten Pulvern ähnliche beobachten. ja, nach dem Gebrauche der Weber'schen Nasendouche, wo sonst keine andern Unannehmlichkeiten folgen, hört man nicht selten, dass die Kranken über Spannung und Schmerzen im Hinterkopfe klagen; sie haben das Gefühl, als wäre das Wasser in den Kopf hineingedrungen. Zwei meiner Kranken behaupteten, dass sie den Geruch, besonders nach der Anwendung von Lösungen, verloren, so lange als sie das Mittel gebrauchten. In beiden Fällen war der Verlust aber nur vorübergehend. Diese kleine Procentzahl bedeutet nicht viel unter den Hunderten, denen ich die Mittel vorgeschrieben habe; ob ein dauernder Verlust nach stetigem Gebrauche eintreten würde, lasse ich dahinstehen; wahrscheinlich ist es jedenfalls; man sieht ja das Gleiche bei einigen Kranken nach dem Gebrauch von Carbol, Tannin u. s. w. eintreten; für das Carbol hat u. A. Dr. Schaeffer das dargethan.

Wenn man selbst klare Lösungen zur Nasendouche, zum Gurgeln u. s. w. nach Dr. Schaeffer's Anweisung anwendet, wird das damit gemischte lauwarme Wasser in der Regel milchig trübe, weil ein Theil des gelösten Mittels decomponirt wird. Ein ähnliches Aussehen, jedoch in höherem Grade, hat das durch die Nase passirte Wasser. Die darin enthaltenen Schleimflocken sind nämlich milchig-weisslich gefärbt worden. Obschon die hier genannten Wirkungen weder was Auffallendes noch Neues und Unbekanntes haben — wie gesagt, treffen wir ganz analoge bei den meisten adstringirenden, caustischen Mitteln — habe ich sie der Vollständigkeit wegen doch speciell hervorgehoben. Auch für die Classification im Systeme neuer Mittel scheint mir jede Kleinigkeit ihre Berechtigung zu haben, wo von der genauen Beobachtung der kleinen Dinge doch das endgiltige Urtheil abhängt. Zur genauen und präcisen Beschreibung von Dr. Schaeffer habe ich eigentlich nichts Neues zuzufügen. Nur was die Anwendungsweise überhaupt und speciell bei Ohrenkrankheiten betrifft, möchte ich mir einige Bemerkungen erlauben.

Nach der Anweisung von Dr. Schaeffer brauche ich das Aluminium acetico-tartar. in Pulverform, ungemischt, bei den chronischen Nasen- und Rachencatarrhen, und hat es sich auch mir besonders bei Ozaena bestens bewährt. Wegen der gewöhnlich ganz starken Reaction wende ich wie Dr. S. das Mittel mit Zwischenräumen von 4—5 Tagen an, und haben sich meine Kranken dabei gut befunden. Bei den leichteren Formen der chronischen Rhinitis scheint auch mir die Wirkung zu stark, weshalb ich in diesen Fällen mit der Anwendung des Pulvers aufgehört habe.

Die grössere und kleinere Sensibilität der Kranken und die schwerere und leichtere Form des chron. Nasenrachencatarrhs und der Ozaena indiciren eine häufigere oder seltenere Anwendung des Mittels; besonders ist die Wirkung hervortretend nach vorausgehender wiederholter Ausspülung der Cavitäten, und ist in diesem Falle die Neigung zu kleineren — capillären — Blutungen am grössten. Das Alum. acetic.-glycerin. sicc. lässt sich als ein viel schwächeres Mittel auch häufiger anwenden, ist jedoch wegen des hohen Preises noch zu theuer und lässt sich von den bisher gebrauchten bewährten Mitteln ersetzen. Ich muss Dr. Schaeffer beistimmen, dass dieses Pulvers bei den Ulcer. laryngis eine rasche und schöne Wirkung hervorruft und in dieser Beziehung die Borsäure und das Jodoform weit überragt. Dazu kommt, dass das Mittel sehr gut ohne jede unangenehme Nebenwirkung vertragen wird. —

Wie oben gesagt, habe ich nur das Alum. acetic.-tartar. in Lösung gebraucht; im Anfange habe ich wie Dr. Schaeffer von einer 50proctg. Lösung 1 Theelöffel auf 1 Liter Wasser zum Ausspülen der Nase verordnet; nach und nach habe ich indessen eine schwächere — 20—25proctg. — Lösung gebraucht, und scheint es mir, dass trotzdem die beabsichtigte Wirkung dadurch vollständig erreicht worden ist. Ich habe besonders deshalb die Stärke herabgesetzt, weil recht viele Kranken über ein oft lange dauerndes Gefühl von Schnupfen und über grössere Trockenheit und Reizung, besonders hinter dem weichen Gaumen, geklagt haben. Nach dem Gurgeln mit den stärkeren Lösungen habe ich kleinere capilläre Blutungen beobachtet; einmal habe ich eine solche nach dem Gurgeln mit 20proctg. Lösung gesehen; das bestätigt indessen nur Eins: dass sich die Kranken dem Mittel gegenüber ein Bischen verschieden verhalten.

Unter den Ohrkrankheiten hatte ich in der letzten Zeit die Mittel nur bei der chronischen, eitrigen Mittelohrentzündung mit oder ohne Vegetationsbildung in der Trommelhöhle und im Gehörgange gebraucht. Im Anfange habe ich sie auch bei der acuten Form versucht, habe sie aber wegen der starken Reizung verlassen. Nach meiner Erfahrung eignen sich nur die Lösungen in 10—25proctg. Stärke zum Einträufeln; stärkere Lösungen haben sehr oft capilläre Haemorrhagien und eine unnöthige Anschwellung der Wände des Gehörgangs hervorgerufen. Auffallend ist es mir mehrmals gewesen, wie schnell ein selbst profuser Ausfluss in kurzer Zeit auf ein Minimum reducirt worden ist. Indessen glaube ich in Bezug auf diese Erscheinung ein Beobachtung gemacht zu haben, die, wenn sie später von anderen Collegen bestätigt wird, jedenfalls eine Bedeutung haben wird, weil sich dadurch eine gewisse Gefahr beim Gebrauche des Mittels nicht ausschliessen lässt. Man sieht nämlich nach ein paarmaliger Einträufelung der Lösung, dass sich ein verhältnissmässig grosser Bodensatz im Gehörgange sehr rasch gebildet hat. Aehnliches beobachtet man wie bekannt auch nach dem Gebrauche stärkerer Bleilösungen. Wenn man also mit dem Mittel fortfährt, und besonders, wenn eine unvollständige Reinigung des Ohres stattfindet — was oft bei der Behandlung in der Heimath des Kranken der Fall ist — läuft man Gefahr, dass sich das eingedickte Secret uud das losgestossene Epithel zu einer verstopfenden Masse ansammeln, wodurch die Eiterung keinen freien Lauf findet. Daher habe ich die Lösungen auch ausschliesslich auf meiner Clinik angewendet, wo ich solche Nachtheile zu verhüten vermag. Bei einigen Kranken hat

sich das Alumin. acetic.-glycerin. sicc. sehr gut bewährt; es ist aber der üble Umstand damit verbunden, dass sich die Lösung zu rasch decomponirt.

Die Wirkung des Alum. acetic.-tartar. bei Ohrkrankheiten möchte ich also mit derjenigen der Bleilösungen parallelisiren und in Folge dessen zu denselben Vorsichtsmaassregeln als bei diesen auffordern.

Wie es aus meinen Bemerkungen hervorgehen wird, habe ich im Ganzen und Grossen die Beobachtungen von Dr. Schaeffer bestätigen können und nur Kleinigkeiten hinzugefügt. Dr. Schaeffer hat das grosse Verdienst, uns zwei neue Mittel nach sorgfältiger und wissenschaftlicher Prüfung gegeben zu haben. Ich habe nur seiner Anweisung zufolge eine grössere Reihe von Versuchen angestellt, bin zu denselben Resultaten wie er gekommen, und kann nur meine geehrten Collegen zu weiterer Prüfung der Mittel dringend auffordern.

Zur Schallleitung durch die Kopfknochen.

Von

Dr. med. **E. Bartsch** in Parchim.

(Schluss.)

Wie wir aber schon oben auseinandergesetzt haben, ist der Ausdruck: erschwerter Schallabfluss ein ungenauer, zu Missdeutungen Anlass gebender, der daher ganz gestrichen werden sollte.

Beim künstlich verschlossenen Ohr also giebt die verstärkte Reflexion oder Resonanz die Erklärung für die Schallverstärkung auf diesem Ohr.

Wo es sich um verhinderten Schallabfluss aus den Knochen handelt, das heisst da, wo die Schallschwingungen diesen nicht verlassen, wo also der Schallleitungsapparat erkrankt ist, kann von einer Resonanz der Luftsäule nicht die Rede sein. Hier ist kein Raum, dessen Luftsäule den Ton durch Resonanz verstärken könnte. Hier fragt es sich einzig und allein: kann der Schall auf dem Wege durch die Gehörknöchelchen und das Trommelfell leicht entweichen oder ist sein Abfluss aus dem Labyrinth erschwert. In letzterem Fall soll er dann nach Ansicht der Anhänger der Schallabflusstheorie vom Labyrinth stärker empfunden werden.

Lucae wendet sich in seiner Abhandlung „über Schallleitung durch die Kopfknochen", Würzburg, 1870, gegen die Mach'sche Theorie. Er sucht die Beweise des letzteren als nicht beweisend und seine Versuche als zum Theil falsch angestellt hinzustellen. So will er dasselbe Resultat nicht erreicht haben, wenn er den gleich zu beschreibenden Versuch von Mach (der nach Lucae's Ansicht von Mach zur Unterstützung seiner Theorie angestellt wurde) wiederholte, selbst wenn er ihn verbesserte, eine Stimmgabel als Schallquelle zu dem Versuche verwendete. Mach[13]) berichtet über den erwähnten Versuch folgendermaassen: „Ich stellte mich in einem Zimmer auf, ein Beobachter in einem anderen. Durch die geschlossene Thür geht eine Kautschukröhre. Das eine Ende halte

[13]) Sitzungsberichte der Wiener Academie, 1863, und Lucae, Schallleitung durch die Kopfknochen, pag. 7.

ich in der Hand, das andere steckt im Gehörgange des Beobachters. Wenn ich nun einen vollkommen constanten Ton so leise singe, dass mich der Beobachter nur durch die Kautschukröhre hört, so vermag er doch gleich anzugeben, ob ich das Ende der Röhre meiner Stirn oder meinem Gehörgange nähere. In letzterem Falle vernimmt er den Ton stärker."

Es ist uns aber nicht klar, warum Lucae diesen Versuch (nachdem er ihn wiederholt hat und ein anderes Resultat erlangt hat wie Mach) als misslungenen Versuch in Bezug auf Mach's Schallabflusstheorie ansieht. Auch wenn sich der Versuch als richtig herausgestellt hätte, hätte er doch unserer Ansicht nach nichts weiter bewiesen, als dass der Ton des Singenden oder der Ton der Stimmgabel aus dem Ohre des Sängers oder dessen, auf dessen Kopf die Stimmgabel schwingt, entweicht. Das ist ja aber und war doch auch schon damals, als Mach das Experiment anstellte, bekannt, nämlich dass ein Entweichen der Schallwellen aus dem Ohre stattfand. Oder sollte Mach geglaubt haben — und es ist das sehr wahrscheinlich, wir deuteten das schon oben an — durch diesen Versuch ein Entweichen der Schallwellen aus dem Labyrinth festzustellen, in der Annahme, dass die Schallwellen, die aus dem Labyrinth kommen, durch Vermittelung der Gehörknöchelchen und des Trommelfells allein an die Luft des Gehörgangs abgegeben werden, in der vorgefassten Meinung, ein Uebergang der Schallwellen von den Wänden des Gehörgangs auf seine Luftsäule fände nicht statt? Es ist ja aber bekannt und schon besprochen, dass der Schall der Knochenleitung zum grossen Theil den Wänden des Gehörgangs zugeführt und an dessen Luft abgegeben wird. Diesen Schall hätte also der Beobachter durch das Kautschukrohr vornehmlich in sich aufgenommen. Mach wird also auch geglaubt haben, dass z. B. bei fehlendem Schallleitungsapparat zwischen Labyrinth und Trommelfell überhaupt keine Schallwellen aus dem Ohre herauskommen könnten; eine irrthümliche Ansicht, seitdem eben nachgewiesen ist, dass die Schallwellen besonders von den Wänden des Gehörgangs an seine Luft abgegeben werden.

Zur Evidenz glaubt dann Lucae die Unhaltbarkeit der Mach'schen Theorie zu beweisen durch die Ergebnisse, die er bei Stimmgabelversuchen bei angeborenem Verschluss des äusseren Ohres erhielt.

Die Stimmgabel c, c' wurde in zwei solchen Fällen[14]) vor die rudimentäre Ohrmuschel gehalten, gehört, es war also das äussere und mittlere Ohr noch einigermaassen vollständig erhalten, ebenso liess sich daraus schliessen, dass der Acusticus gut perceptionsfähig sei. Durch Knochenleitung wurde hier angeblich die Stimmgabel auf dem gesunden Ohre gehört, obgleich hier, meint Lucae, auf dem abnormen Ohr der Schallabfluss gewiss gehemmt war. Es liegt mir durchaus fern, für die Mach'sche Schallabflusstheorie eintreten zu wollen, ich möchte aber das Ergebniss bei diesem Stimmgabelexperiment nicht als einen evidenten Beweis gegen dieselbe ansehen. Dass bei angeborenem Verschluss des einen Ohres die Tonwahrnehmung in das gesunde Ohr verlegt wird, habe ich allerdings selbst kürzlich an zwei Kranken mit je einem von Geburt verschlossenen Ohr gesehen. Es wurde auch hier angegeben, dass die Stimm-

[14]) Lucae, Schallleitung durch die Kopfknochen, pag. 36.

gabel auf dem gesunden Ohr stärker gehört wurde. Aber lässt sich das nicht auch so erklären, dass unwillkürlich, in dem Bewusstsein und der Erfahrung, das kranke Ohr höre nichts, auch bei der Knochenleitung geglaubt wird, der Schall werde mit dem gesunden Ohr wahrgenommen, während er doch sehr wohl mit dem kranken Ohr aufgefasst worden sein kann?

Weiter stellt dann Lucae[15]) einen Versuch an, durch den er nachzuweisen versucht, dass überhaupt kein Schallabfluss aus dem Labyrinth stattfindet, dass Gehörknöchelchen und Trommelfell den durch Knochenleitung dem Labyrinth zugeführten Schall nicht nach aussen leiten. Den durch einen Resonator verstärkten Ton einer electromagnetischen Stimmgabel leitet er durch Gummischläuche in die Tuba und den äusseren Gehörgang bis an's Trommelfell, wo ein Auscultationsschlauch luftdicht befestigt ist. Lucae hörte durch diesen Schlauch dann den Ton der Stimmgabel ziemlich stark, wenn beide Ton zuführende Schenkel offen waren, er hörte ihn schwächer, wenn der Schlauch, der zum Gehörgang führte, zugedrückt wurde, stärker aber, wenn das zur Tuba führende Schlauchende zugedrückt wurde, der Ton also nur noch durch den Gehörgang in den Auscultationsschlauch Zutritt hatte, und zwar stärker als bei gleichzeitiger Tonzuleitung durch die Tuba. Daraus schliesst Lucae dann, dass keine Schallschwingungen aus dem Labyrinthe nach aussen gelangen, denn sonst müsste (durch Interferenz) eine Schwächung des Tones eintreten (wie in diesem Versuch, wo die schwachen, von der Tuba bewirkten Schallbewegungen des Trommelfells einen dämpfenden Einfluss auf die vom Gehörgang zugeleiteten Schallschwingungen ausüben), wenn man dem lebenden Ohr denselben Ton gleichzeitig durch die Kopfknochen und durch die Luft des Gehörgangs zuleitet. Und als er dann diesen Versuch am lebenden Ohr anstellte, hörte er dann allerdings auch keine Schwächung des Tones, sondern eine Verstärkung desselben.

Es scheint mir aber dadurch nicht bewiesen zu sein, dass wirklich keine Schallwellen das Labyrinth auf dem Wege der Gehörknöchelchen verlassen. Denn die vom Labyrinth auf Gehörknöchelchen und Trommelfell geleiteten Schallschwingungen können so klein sein, dass sie nicht im Stande sind, die von den Wänden des Gehörgangs und von aussen in den Gehörgang geleiteten, jedenfalls mächtigen Schallwellen merklich zu schwächen, obgleich sie die Tendenz dazu haben müssen, wie obiger Versuch zeigt. Und dass in der That die Schwingungen, die aus dem Labyrinthe kommen, klein sein müssen im Verhältniss zu denen, die von den Gehörgangswänden direct an das Trommelfell, an die Luft des Gehörgangs und durch sie an das Trommelfell und ausserdem durch den Schlauch dem Trommelfell zugeleitet werden, unterliegt wohl keinem Zweifel. Das sieht man, wenn man die Luft aus dem Gehörgang aussaugt. Hier verschwindet der Ton einer auf den Kopf gesetzten schwingenden Stimmgabel fast vollständig, aber wenn man dafür zum Theil auch den negativen Druck auf das Labyrinth anschuldigen wollte (der aber nicht erheblich sein kann, da bei stärkerem negativen Druck der Hammer sich im Gelenk vom Ambos entfernt, der Stapes also nie weit aus dem Foram. ovale herausgezerrt werden kann), ist die Schwächung des Tones

[15]) Lucae, Schallleitung durch die Kopfknochen, pag. 9.

doch so stark, dass man annehmen muss: das Trommelfell wird durch das Ansaugen gewissermaassen functionsunfähig gemacht, die sog. tympanalen Schwingungen der craniotympanalen Leitung können durch das Trommelfell dem Labyrinth nicht wohl zugeführt werden, es treffen das Labyrinth also nur die Schallwellen der Stimmgabel, die durch craniale Leitung überbracht werden und diese sind, wie man an der Schallintensität sieht, nur unbedeutend, so unbedeutend, dass sie in dem erwähnten Experiment nicht merklich interferirend wirken können.

Nach Lucae[16]) und vielleicht auch nach Politzer[17]) (nach letzterem ist die veränderte Spannung des Trommelfells und der Gehörknöchelchen von Einfluss auf die Schallverstärkung am verstopften oder kranken Ohr, eine Druckveränderung im Labyrinth ist aber ohne eine solche Spannungsänderung des Trommelfells, bei imperforirtem Trommelfell, vom äusseren Gehörgang aus, nicht zu ermöglichen) soll ferner vermehrter Druck auf das Labyrinth Theil haben an der Schallverstärkung. Uns erscheint an und für sich diese Idee nicht richtig. Denn ein dauernder Druck kann bei unverletztem Trommelfell vom Gehörgang auf das Labyrinth nicht ausgeübt werden, weil ja die Membran des runden Fensters ausweicht. Anders ist es, wenn der Druck von der Paukenhöle aus ausgeübt wird, hier kann und wird ein Druck auf das Labyrinth stattfinden. (Zwar glaubt auch Politzer [Lehrbuch der Ohrenheilkunde, Bd. II, a. 1882, pag. 786, da wo er den Gellé'schen Versuch bespricht], dass bei Druck auf das Trommelfell vom äusseren Gehörgang durch Luftverdichtung in der Paukenhöhle auch ein Druck auf die Membran des Foramen rotundum ausgeübt wird. Das kann aber nicht sein, wenigstens kann kein dauernder Druck ausgeübt werden, weil die schlaffen Wände der Tuba ausweichen werden.) — Wir haben uns weiter über diese Drucktheorie vermittelst eines Quecksilbermanometers und eines luftdicht in den Gehörgang gefügten Gummischlauches klar zu werden versucht. Wenn auch nach Lucae der mit den Ohren verbundene Gummischlauch (Mach führte den getheilten Schlauch in beide Ohren, seinen Versuch kritisirt Lucae: s. Schallleitung durch die Kopfknochen, pag. 18) die Reinheit der Beobachtungen wesentlich stören soll (durch Interferenzen), welcher Fehler aber bei unserem Versuch, wo nur auf dem einen Ohre experimentirt wurde, wohl wegfällt, so ist auch der ursprüngliche Versuch Lucae's[18]) wohl nicht so ganz sicher, wenn Lucae nämlich mit dem Finger einen Druck auf die Luftsäule des Gehörgangs und weiter auf das Labyrinth ausübt oder, wenigstens auf das Labyrinth, auszuüben glaubt. Denn man kann nicht wissen, wie viel bei der während des Fingerdrucks eintretenden Schallverstärkung auf Rechnung der Resonanz kommt. Kann überhaupt ein Druck mit dem Finger in solch' starker Weise die Luft comprimiren, dass dadurch eine Einwirkung auf das Trommelfell und von ihm auf das Labyrinth erzielt wird? (abgesehen von dem Ausweichen der Membran des Foram. rotund.) Man müsste doch einmal eine Bewegung, eine fühlbare Anspannung des Trommelfells bemerken; das gelang uns aber selbst nicht bei stärkstem Druck mit dem Finger. Wohl aber erreicht man bald, bei

[16]) Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften, a. 1863, No. 40 u. 41.
[17]) Politzer, Lehrbuch der Ohrenheilkunde, a. 1878, Bd. I, pag. 206.
[18]) Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften, a. 1863, No. 40 u. 41.

geringer Compression durch Einblasen von Luft in den Gehörgang, eine bemerkbare Anspannung des Trommelfells. Es gelang uns aber nicht, auch anderen, musikalisch uns überragenden Personen nicht, eine Verstärkung des Tones der auf den Kopf gesetzten Stimmgabel zu erreichen, wenn durch den Gummischlauch Luft in den Gehörgang getrieben wurde.

Bald aber, noch eher wie Mach[19]) fand, ehe der Luftdruck 1 Zoll Quecksilber erreicht hatte, trat ein Schwächerhören ein, das mit dem zunehmenden Druck in geradem Verhältnisse zunahm. Bis zu vollständigem Verschwinden des Stimmgabeltons konnten wir allerdings den Luftdruck nicht steigern, doch war der Ton schon bei 2 Zoll Quecksilber sehr schwach. (Wir bemerken hier gelegentlich, dass wir uns zu diesem und anderen Versuchen stets verschiedener Stimmgabeln bedienten, und zwar der auch von Lucae angewandten, mit Klemmen versehenen, in der Regel c und c'.) Dieselbe Erscheinung trat bei negativem Druck ein, bei Aussaugen der Luft aus dem Gehörgange, auch hier trat, ehe 1 Zoll Quecksilber erreicht war, ein Schwächerhören ein, das gleichfalls mit der Stärke des negativen Drucks in geradem Verhältniss zunahm, so dass schon bei 2 Zoll Quecksilber der Ton nur noch schwach gehört wurde.

Druck auf das Labyrinth als Ursache des Stärkerhörens anzusehen, erscheint mir daher nicht richtig. (Uebrigens scheint auch Lucae selbst theilweise oder ganz von dieser seiner Drucktheorie zurückgekommen zu sein. In seiner Schallleitung durch die Kopfknochen rectificirt er schon seine darauf bezüglichen Angaben aus dem Jahre 1863 [Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften, No. 40 u. 41], und an der Stelle, wo Politzer[20]) den Gellé'schen Versuch bespricht, ist nur noch von der Angabe Lucae's die Rede, dass bei Compression der Luft im äusseren Gehörgang die Perception der Uhr und Stimmgabel durch die Kopfknochen vermindert wird.) Dass der Ton der Stimmgabel schwächer wird bei vermehrtem, auf das Trommelfell gerichteten Luftdruck, erklärt sich unserer Ansicht nach zur Genüge dadurch, dass ein solcher Druck das Trommelfell durch die Anspannung fast oder ganz functionsunfähig macht und damit in Verbindung die Gehörknöchelchen; dasselbe wird der Fall sein beim negativen Druck. Auch hier ist das Trommelfell stark nach aussen gespannt, so dass es nicht wie sonst, namentlich da sich dabei noch, bei stärkerem Druck wenigstens, der Kopf des Hammers vom Ambos entfernt (im Sperrgelenk), die Schallwellen zum Labyrinth leiten wird. Vielleicht leitet auch die durch den negativen Luftdruck verdünnte Luft des Gehörgangs nicht so gut die tympanalen Schwingungen der Knochenleitung, wie sonst?

Dass die mangelhafte Functionirung des Trommelfells Schuld an der Abschwächung des Tones hat, dafür spricht, unserer Meinung nach, gerade dass diese Schwächung gleichzeitig bei positivem und negativem Druck vom äusseren Gehörgang aus eintritt, weil bei beiden eben das Trommelfell deutlich, wenn auch nach verschiedener Richtung, angespannt wird.

Für die zuletzt von uns aufgeführte Erklärung des Weber'schen Phänomens, die von Urbantschitsch ausgeht, spricht, wenn ich dieselbe richtig verstanden habe (dieselbe ist wohl folgendermaassen aufzufassen:

---

[19]) Lucae, Schallleitung durch die Kopfknochen, pag. 18.
[20]) Politzer, Lehrbuch, a. 1882, pag. 786.

bei verschlossenem oder im Schallleitungsapparat erkranktem Ohre wird der Schall der Stimmgabel durch Luftleitung nur in beschränktem Maasse, nur so weit als Schwingungen von den Wänden des Gehörgangs an dessen Inhalt abgegeben werden, dem Labyrinth zugeführt; dadurch müsse Stärkerhören der dem Labyrinth durch craniotympanala Leitung zugeführten Schallwellen entstehen, da derselbe durch keinen anderen von aussen dem Labyrinth durch Luftleitung zugeführten Schall gestört, übertäubt werde), dass in der Nacht, wo ja dem Ohre durch Luftleitung von aussen verhältnissmässig weniger störende Schallwellen zugeführt werden, als am Tage, ein Besserhören (und ein Längerhören) der auf dem Kopfe schwingenden Stimmgabel, auf den offenen Ohren natürlich, beobachtet wird. Es ist also wohl möglich, dass das Abhalten störender Schallwellen durch Verschluss des gesunden Ohres, jedenfalls aber nur in geringem Grade, Theil an dem Stärkerhören hat. Auch für das im Schallleitungsapparat kranke Ohr würde diese Urbantschitsch'sche Erklärung passen. Der kranke Leitungsapparat überträgt die von aussen dem Ohre durch Luftleitung zugeführten Schallwellen nur mangelhaft dem Labyrinth, andererseits wird er auch die tympanalen Schwingungen der Knochenleitung nur schlecht zum Labyrinth leiten. Es wäre aber doch eine Schallverstärkung des Tones der Stimmgabel denkbar, da vielleicht diese tympanalen Schwingungen, auf die es wesentlich ankommt, besser vom Labyrinth empfunden werden, weil die durch Luftleitung gleichzeitig von aussen zugeführten Schallwellen, eben weil sie mangelhaft geleitet werden, sie weniger stören und übertäuben können auf ihrem Wege zum Labyrinthe, als bei gesundem Leitungsapparat. Es ist ähnlich wie beim Auge: ein Stern erscheint uns bei Nacht heller als bei Tage, weil das Tageslicht die Empfindlichkeit des Sehnerven vermindert.

Nach dem im ersten Theil dieser Arbeit Ausgeführten, scheint die Reflexionstheorie oder Resonanztheorie am normalen, verstopften Ohr das sogen. Weber'sche Phänomen am besten zu erklären. Vielleicht trägt auch die Behinderung der Schallzuführung mittelst Luftleitung ein Weniges zur Erklärung bei. Auf das im Schallleitungsapparate kranke Ohr passt dagegen die Resonanztheorie durchaus nicht immer, ebensowenig aber die sogen. Schallabflusstheorie. So lange nicht nachgewiesen war, dass die tympanalen Schallschwingungen bei der Knochenleitung von wesentlicher Bedeutung sind, liess sich Mach's Theorie erklären. Man konnte sich denken, dass die Schallwellen, die durch die Knochen zum Labyrinth geleitet werden, durch die kranken Gehörknöchelchen nur in geringem Maasse oder gar nicht nach aussen abgeleitet, daher auch stärker vom Nervenapparat empfunden werden. Nachdem aber die Bedeutung der tympanalen Schwingungen erwiesen ist, kann unmöglich angenommen werden, dass ein Besserhören eintritt, wenn dieselben durch einen defecten Schallleitungsapparat dem Labyrinth nur in unvollkommenem Maasse zugeführt werden können.

Warum die Resonanztheorie in den seltensten Fällen von Erkrankung des Ohres zur Erklärung der auf demselben bemerkbaren Schallverstärkung passt, werden wir weiter unten nach Aufführung dieser Krankheiten kurz noch erwähnen, hier wollen wir nur noch unsere Ansicht ausdrücken, dass für diese Schallverstärkung auf dem kranken Ohr erst eine Erklärung gefunden werden muss und unsere Verwunderung aussprechen,

dass das im Schallleitungsapparat kranke Ohr und das künstlich verstopfte Ohr einfach in einen Topf geworfen sind, dass man einfach, weil die Stimmgabel auf dem kranken und dem verstopften Ohr stärker gehört wird, dieselbe Erklärung für diese Erscheinung herbeiholt, obgleich doch ganz andere Verhältnisse vorliegen, beide Zustände nicht so ohne Weiteres einander gleichzustellen sind. Dass dies geschehen, daran hat wohl der unglückselige Ausdruck „verhinderter Schallabfluss" oder „Hemmung des Schallabflusses" Schuld.

Welche Krankheiten es eigentlich sind, bei denen ein Stärkerhören auf dem afficirten Ohre beobachtet wird, darüber herrscht auch, wie es scheint, durchaus noch keine Klarheit. Man vergleiche z. B. die Krankheiten, die Lucae in dieser Hinsicht in dem Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften a. 1863, No. 41 anführt, mit denen, die von Troeltsch in seinem Lehrbuch vom Jahre 1881 und Lucae[21]) selbst 7 Jahre später als in seinen ersten Angaben anführt. Sie sind nicht dieselben, oft soll damals das Phänomen bei Krankheiten gefehlt haben, bei denen es jetzt als vorhanden aufgeführt wird und umgekehrt. Nach der jetzigen Annahme sind es etwa folgende Krankheiten[22]), bei denen die Stimmgabel stärker auf dem kranken Ohr gehört wird:

1) Verstopfung des Gehörgangs (durch Cerumen, fremde Körper, Furunkel, v. Troeltsch und Lucae). 2) Spannungs- und Dichtigkeitsanomalien des Trommelfells (Myringitis, Tubenverschluss, v. Troeltsch). 3) Leitungswiderstände in der Paukenhöhle (Ansammlung von Secret in der Nähe der Knöchelchen, Unbeweglichkeit derselben, Auflockerung oder Verdickung der Fenstermembran, v. Troeltsch). 4) Anfüllung der Trommelhöhle resp. des Gehörgangs mit flüssigen (Eiter, Schleim) oder festen (Polypen, Cholesteatommassen) Körpern mit und ohne Perforation des Trommelfells (Lucae). 5) Grosse Substanzverluste des Trommelfells mit oder ohne noch bestehenden eitrigen Catarrh (Lucae).

Zur Erklärung der Schallverstärkung bei diesen Krankheiten passt, wie gesagt, in den seltensten Fällen nach unserer Ansicht die Resonanztheorie. Wir wollen hier nur einmal die Krankheiten herausgreifen, wo Cerumen oder fremde Körper oder Flüssigkeit dem Trommelfell direct anliegen, wo also zwischen Trommelfell und Inhalt des Gehörgangs kein lufthaltender Raum ist, in dem Resonanz zu Stande kommen könnte. (Die Gründe, die Brunner[23]) aus seiner klinischen Erfahrung für die Resonanztheorie [gegen die Schallabflusstheorie] anführt, erscheinen uns daher nicht von Bedeutung. Denn gerade die Krankheiten, bei denen nach ihm die Verstärkung der Knochenleitung besonders sich findet, Ohrenschmalzpfröpfe, Ansammlung von Exsudat in Meatus und Pauke, gestatten keine Resonanz, weil, wie erwähnt, kein lufthaltender Raum vorhanden ist. Ebenso ist es bei dem künstlich mit Wasser gefüllten Gehörgang der Fall in pathologischen Fällen, wo der Ton, der durch Klopfen mit dem Finger auf den Kopf hervorgebracht wird, metallisch gehört werden soll, wie Brunner an sich selbst, am kranken Ohr,

---

[21]) Schallleitung durch die Kopfknochen, pag. 29.

[22]) v. Troeltsch, Lehrbuch der Ohrenheilkunde, a. 1881, pag. 274. — Lucae, Schallleitung durch die Kopfknochen, pag. 29.

[23]) Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XIII, pag. 265.

fand. Diese Erscheinung kann nicht durch Resonanz erklärt werden, sondern kommt dadurch zu Stande, dass das Trommelfell nicht als ganze Membran, sondern partiell schwingt [Obertöne]. Hier scheint es mir richtig, mit Lucae anzunehmen, dass die dem Trommelfell anliegenden Körper oder Flüssigkeiten die Schwingungen vom knöchernen Gehörgang besser dem Trommelfell übermitteln werden, eben da sie ihm fest anliegen.

So sehen wir denn auch am normalen Ohr, dass, wenn man sich nur einige, vielleicht 3 Tropfen Wasser in den Gehörgang bringt, eine erhebliche Hörverstärkung eintritt, wenn man eine angeschlagene Stimmgabel auf den Hopf setzt, die mit dem weiteren Einführen von Flüssigkeit zunimmt. Die 3 Tropfen Wasser können, da zwischen ihnen und Trommelfell ein lufthaltiger Raum nicht vorhanden ist, eine Resonanzsteigerung nicht bewirken. Wohl aber leiten sie den Schall besser auf das Trommelfell, weil sie dem Trommelfell dicht anliegen. (So erklärt sich auch wohl die Hörverbesserung da, wo Flüssigkeit als künstliches Trommelfell wirken soll.)

Wenn also für die zuletzt aufgeführten Krankheiten vielleicht die gebrachte Erklärung für die dabei stattfindende Schallverstärkung genügt, so fehlt sie doch noch für die grösste Zahl derselben. Weitere Untersuchungen müssen darüber belehren.

Subcutane Injectionen von Cocain. salicylic. bei Asthma und nervösem Husten.

Von

Dr. **Beschorner** in Dresden.

Frau v. B. auf Sch. bei Dresden, 25 Jahre alt, erblich belastet, da Mutter und Grossvater mütterlicher Seits Asthmatiker waren, wurde bereits in ihren Mädchenjahren von, wenn auch leichteren asthmatischen Anfällen heimgesucht. Dieselben mehrten sich nach ihrer Verheirathung und nahmen, während Patientin bei Aufenthalt in gewissen Gegenden erfahrungsgemäss völlig frei davon war, regelmässig in anderen so intensiven Charakter an, dass sie Monate lang die Nächte auf dem Sopha oder Lehnstuhl zubringen musste. Zu dem für sie ungünstigsten Aufenthalte gehörte das Schloss, darin zu wohnen sie durch ihre Verehelichung berufen war und hatte sie daselbst seit 30. Juni d. J. bis 17. September keinen asthmafreien Tag und keine Nacht, welche sie, hochgradigen Asthma's wegen, im Bette hätte zubringen können.

Alle, zu den verschiedensten Zeiten, von verschiedenen und hervorragenden Aerzten verordneten zahllosen Mittel schlugen fehl, kaum dass sie auf Zeit das Leiden einigermaassen zu lindern vermochten. Da eine Mitbetheiligung der Nase an der Krankheit zweifellos schien, das Innere derselben auch Veränderungen erkennen liess, welche auf einen causalen Zusammenhang dieser mit dem Asthma zu schliessen gestatteten, so nahm ich, bereits October vorigen Jahres und erneut auf dringendes Bitten der Patientin Anfangs September dieses Jahres, eine intensive Zerstörung der cavernösen Gebilde der unteren und mittleren Nasenmuscheln beider Seiten

vor. Doch ohne jeglichen Erfolg. Am 17. September nun applicirte ich, veranlasst durch ausserordentlich günstige Erfahrungen, die ich bei verschiedenen Neurosen damit gemacht, früh in meiner Sprechstunde eine subcutane Injection von 0,04 Cocain. salicylic. (Merck-Darmstadt).

Der Erfolg war ein glänzender. Das Asthma verlor sich nicht nur an diesem Tage fast gänzlich und gestattete der Patientin ungestörteste Nachtruhe im Bette, sondern auch die nächstfolgenden 6 Tage und Nächte waren zu ihrem Entzücken vollständig frei von der Affection. Erneut auftretende, jedoch viel leichtere Beschwerden, eigentlich nur die Mahnungen des im Anzuge befindlichen Leidens, veranlassten Patientin am 25. September erneut meine Sprechstunde mit der Bitte aufzusuchen, die Injection zu wiederholen. Auch diese brachte eine der ersten völlig analoge Wirkung hervor. Es folgte nun eine Zeit, in der und zwar bis 15. October wegen drohender Erscheinungen öfter Injectionen nöthig wurden, die stets von ausgezeichnetstem Erfolge begleitet waren und „jedwedes unangenehme Gefühl", wie Frau v. B. sich ausdrückt, „des Asthma's beseitigt". Seit 8 Tagen ist sie ohne Injection völlig frei. „Jedenfalls," schreibt mir Patientin am 21. October, „schlafe ich nun wieder ungestört im Bette, ohne irgend ein weiteres Mittel zu brauchen. Es würde mich glücklich machen, wenn ich dazu beigetragen hätte, anderen Leidensgenossen in diesem herrlichen Mittel eine Erleichterung, vielleicht sogar Heilung zu verschaffen."

Der zweite Fall betrifft einen hier durchreisenden, in den 50er Jahren stehenden Rittergutsbesitzter M. auf M.-S., der seit langer Zeit an nicht häufig, aber sehr intensiv auftretenden Asthma-Zufällen leidet. In der Nacht vom 13.—14. October liess er mich eines äusserst heftigen solchen Anfalles wegen rufen. Eine Injection von Cocain. salicylic. zu 0,04 hatte fast augenblickliches Verschwinden des Anfalls zur Folge; Pat. schlief ruhig bis spät am Morgen und reiste am Nachmittage völlig gesund ab. Niemals hatten die früher angewandten inneren und äusseren Mittel eine derart prompte, auch für den nächsten Tag günstige Wirkung geübt.

In einem andern Falle, und zwar von nervösem Husten, der für die davon betroffene Frau Hauptmann v. B., 28 J. alt, hier, durch seine continuirliche, seit Monaten Tag und Nacht währende Existenz und die Heftigkeit seines Auftretens, nicht minder für die Umgebung wahrhaft qualvoll sich gestaltete und dessen Ursprung weder durch die sorgfältigste rhino-laryngoscopische, noch genaueste Untersuchung der Lunge festgestellt werden kann, beseitigten die gleichen Injectionen, und zwar ein Mal des Tags um 4 Uhr Nachm. von mir applicirt, sofort und vollständig den Husten, so dass Patientin sich wieder ungestörter Nachtruhe erfreute. Meist erst gegen Morgen, selten schon am Abend, nahm dann der Husten successive wieder zu, um Vormittags wieder, aber durchaus nicht zu alter Heftigkeit anzusteigen, bis abermalige Injection ihn in gleicher Weise vollständig zum Schwinden brachte.

Während der 8tägigen Zwischenpausen ohne Cocain bewahrte der Husten seinen früheren Character.

Pinselungen des Kehlkopf-Innern mit 10proctg. Cocainlösung hatte eine zwar präcise, aber nur sehr kurz dauernde Wirkung. Alle erdenklichen anderweiten innerlichen und äusserlichen Mittel und Kur-

methoden blieben gänzlich erfolglos. Patientin befindet sich noch in meiner Behandlung.

Bin ich auch weit entfernt, aus vorstehenden wenigen Beobachtungen weitgehende Schlussfolgerungen ziehen zu wollen, so erachtete ich doch ihre Mittheilungen für geboten, um die Herren Collegen zu ferneren ähnlichen Versuchen auf angegebenem Gebiete zu veranlassen. Nur erst aus reichem Materiale gewonnene Erfahrungen vermögen den Werth der wohl nach dieser Richtung hin bisher noch nicht angegebenen Methode der Cocain-Behandlung genannter Affectionen zu documentiren.

Noch sei erwähnt, dass ich üble Nachwirkungen nach Cocain nie beobachtete. Im Gegentheil waren sämmtliche Kranke, namentlich nach Cocain-Injectionen, merkwürdig frisch und lebensfroh.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Vergleichende Ergebnisse verschiedenartiger Hörprüfungen. (Vortrag, gehalten am III. internat. otol. Congress.) Von Burckhardt-Merian. (Archiv für Ohrenheilkunde XXII., 3 4.)

Von dem berechtigten Wunsche ausgehend, unsere bisherigen unzulänglichen Untersuchungsweisen der Leistungsfähigkeit des Acusticus zu vervollkommnen, hat der Vortragende den Versuch gemacht, dies durch Combination von 4 Hörprüfungsmethoden zu erzielen, nämlich des Politzer'schen Hörmessers, der Flüstersprache, der König'schen Klangstäbe und Galton'schen Pfeife (die letzteren behufs Prüfung für hohe Töne), und so dem Bilde eines vollkommenen Hörmessers näher zu kommen, dessen Desiderate er in folgender Weise präcisirt: 1) genaue Constatirung der Leistungsfähigkeit des Acusticus, so dass verschiedene Beobachter in verschiedenen Ländern auf vollkommen gleiche Weise die Ergebnisse notiren können; 2) Möglichkeit einer exacten Controlle des Erfolges der Behandlung; 3) Sicherheit im Bestimmen des Sitzes und der Prognose des Leidens aus dem Ergebniss der Hörprüfung; 4) Verwerthung der gewonnenen Erhebungen bei allfälligen Sectionen und somit Möglichkeit der Deutung pathologischer Befunde zum Ausbau der Physiologie des Acusticus.

Aus den Resultaten der nach obiger combinirter Untersuchungsmethode angestellten Prüfungen bei 700 Krankheitsfällen formulirt B. folgende Sätze: „1) In einer Reihe von Fällen zeigt sich bei gehörkranken Individuen des verschiedensten Alters, dass die Kopfknochenleitung eine so vorzügliche ist, dass selbst der festeste Verschluss beider Gehörgänge eine Abschwächung der Perception für Klangstäbe und Galtonpfeife nicht hervorzubringen im Stande ist. 2) Im Allgemeinen (besonders bei jugendlichen Individuen) schwächt die Ansammlung von Cerumen die Hörfähigkeit für Klangstäbe und Galtonpfeife nicht ab, doch kommt auch der umgekehrte Fall nicht selten vor, so dass bei bestehender Ansammlung von Cerumen, combinirt mit Taubheit für hohe Töne, der Schluss auf eine daneben noch bestehende anderweitige Er-

krankung des Gehörapparates nicht erlaubt ist. Am meisten gestört ist bei Vorhandensein von Cerumenpfröpfen die Perception der Flüstersprache, weniger intensiv diejenige des Hörmessers. 3) Exsudat in der Pauke hindert in erster Linie die Perception der Flüstersprache, oft aber auch die des Hörmessers, nur in seltenen Fällen das Hören hoher Töne (nach Analogie eines speciellen Falles vielleicht durch starke Belastung des runden Fensters). 4) Trommelfell-Perforationen, selbst mit Verlust von Hammer und Amboss, erleichtern die Perception hoher Töne, stören dagegen das Hören der Flüstersprache, weniger dasjenige des Hörmessers. Umgekehrt kommt, besonders bei Fehlen des Amboss, eine gewisse Feinhörigkeit für die Flüstersprache vor, während laute Sprache schwieriger verstanden wird. 5) Hochgradige Drucksteigerung im Labyrinth vermindert in erster Linie die Perception hoher Töne, kann aber auch das Hörvermögen überhaupt vernichten. Wenn trotzdem in derartigen Fällen das Gehör normal oder unwesentlich herabgesetzt ist, so beruht das wohl auf der durch die Aquaeducte vermittelten Regulirung des entotischen Druckes. 6) Wenn bei relativ normalem Hörvermögen für Flüstersprache und Hörmesser hohe Töne nicht oder nur abgeschwächt percipirt werden, so spricht das für eine Affection der Schnecke. 7) Adhäsivprocesse, welche die Perception der Flüstersprache aufheben oder hochgradig reduciren, beeinträchtigen auch das Hörvermögen für hohe Töne und bildet für diese Fälle g^6 die oberste Hörgrenze. 8) Wenn bei hochgradig schwerhörigen Patienten eine abnorme Feinhörigkeit für hohe Töne besteht, während die durch ein Höhrrohr übermittelte Sprache nicht besser verstanden wird, so ist mit Wahrscheinlichkeit der betreffende Fall als Stapesankylose zu deuten. 9) Gleichmässige Herabsetzung des Hörvermögens für Hörmesser, Flüstern, Klangstäbe und Galtonpfeife dürfte als Zeichen der Erkrankung des inneren Ohres zu deuten sein. 10) Relativ gute Perception der hohen Töne bei bestehender Taubheit für die tiefen begleitet zuweilen die intensivsten Formen von Schwerhörigkeit. 11) Die Galtonpfeife ist ein unentbehrliches Instrument zum Entdecken von Tonlücken. 12) Taubstumme und höchstgradig Ertaubte können noch ein relativ gutes Hörvermögen für hohe Töne besitzen." B. hegt die Hoffnung, dass, nachdem die bisherigen, noch bei Weitem nicht abgeschlossenen Beobachtungen durch weitere Reihen von in obigem Sinne angestellten Untersuchungen und durch controlirende Sectionen weitere thatsächliche Begründung gefunden haben werden, es gelingen kann, aus dem Resultate der combinirten Hörprüfung mit einer gewissen Sicherheit den Sitz der Erkrankung zu bestimmen. Da die Ergebnisse der Hörprüfung für hohe Töne in verschiedenen Fällen andere Resultate bezüglich der Diagnose ergeben haben, als die Lucae'schen Annahmen voraussetzen liessen, so lohnt es, das kurze Resumé wiederzugeben, welches B. am Schlusse seines Vortrages zusammengestellt hat. „1) Die verminderte Perception hoher Töne allein erlaubt uns nicht den Schluss zu ziehen auf Erkrankung des Nervenapparates. 2) Die Perception hoher Töne wird begünstigt durch: a) die Kopfknochenleitung, b) Perforationen des Trommelfells, Verlust der Ossicula; c) Stapesankylose (?); vermindert dagegen resp. aufgehoben durch a) Drucksteigerung im Labyrinth durch Cerumen, Tubencatarrh; b) Belastung des runden Fensters: Exsudat in der Pauke; c) Adhäsivprocesse im Mittelohr in der Gegend

des runden Fensters; d) partielle Lähmung des Corti'schen Organs. 3) Die Perception hoher Töne kann erhalten sein bei höchstgradiger Taubheit und Taubstummheit." Keller.

Ueber die tuberculöse Infection des Mittelohres. Von Dr. Joh. Habermann. (Zeitschrift für Heilkunde, B. VI, 1885.)

Nachdem Verf. schon in einer früheren Arbeit (Prag. med. Wochenschrift No. 6, 1885) den Nachweis vom Vorhandensein von Tuberkelbacillen nicht nur im Secret, sondern auch in der Schleimhaut des erkrankten Mittelohres geführt hatte, ist es sein Bestreben gewesen, auch in anderen Fällen ein ähnliches Verhalten zu constatiren. Zu diesem Zwecke secirte er 25 Gehörorgane von 21 tuberculösen Leichen. 21 Gehörorgane wurden genauer histologisch untersucht und fanden sich in 5 Fällen deutliche Zeichen der Tuberculose. Diese Zeichen bestanden für alle 5 Gehörorgane gemeinschaftlich in Miliartuberculose des Mittelohres. Einmal wurde dieselbe auch im inneren Ohre nachgewiesen, in 4 Fällen fanden sich Tuberkelbacillen im Secret des Mittelohres und in eben so viel Gehörorganen Bacillen im Gewebe der Schleimhaut. Als ausserordentlich wichtig für die Aetiologie konnte für alle Fälle mit Bestimmtheit der Nachweis geliefert werden, dass die Infection von der Oberfläche der Schleimhaut ausgegangen war, da sich hier stets die stärksten Veränderungen fanden. In zwei Gehörorganen zeigte auch der Knochen eine tiefere Erkrankung.

Verf. bespricht dann zum Schluss die Möglichkeiten für die Wege der Infection.

In zwei Fällen, die an alten Perforationen des Trommelfells litten, konnte man an ein Eindringen der Keime vom äusseren Gehörgang aus denken, doch fehlte hierfür jeder Anhaltspunkt.

Die Möglichkeit einer Infection auf dem Wege der Blutbahn ist deshalb nicht wahrscheinlich, weil bei allgemeiner Miliartuberculose die Schleimhäute anderenorts fast regelmässig frei bleiben.

Am wahrscheinlichsten ist daher die Infection von den Tuben aus, und zwar liess sich der Nachweis nicht führen, dass ein directes Uebergreifen eines tuberculösen Processes vom Nasenrachenraum auf die Tuben stattgefunden hatte, vielmehr musste angenommen werden, dass beim Husten tuberculöse Sputa direct in die Tuben geschleudert wurden und von hier aus weiter in's Mittelohr wanderten. Hiergegen spricht nicht das Freibleiben der Tuben von tuberculöser Infection, da hier ein längeres Haften der Bacillen von den Flimmerepithelien nicht geduldet wird, während dieselben sich im Mittelohr ungestört einnisten und ihre destruirende Thätigkeit ausüben können.

Wenn wir alle Möglichkeiten der Infection erörtern wollen, so scheint es dem Referenten nicht ausgeschlossen, dass bei der Ventilation der Tuba aus einer bacillenhaltigen Luft direct Keime importirt werden können, die dann unter günstigen Verhältnissen, z. B. bei der bei Lungenkranken häufig zu findenden Hyperämie der Mittelohrschleimhaut sich weiter entwickeln. Moldenhauer.

Ueber den Einfluss der Menopause auf die Krankheiten des Ohres. (De l'influence de la ménopause sur les maladies de l'oreille.) Von Dr. Ménière. (Annal. des mal. de l'oreille etc., 1885, 2 u. 4.)

Wie viele andere Organerkrankungen, so sind auch oft genug Ohrenleiden mit dem Klimacterium in Beziehung zu bringen. M. bemüht sich, gestützt auf eine grosse Zahl einschlägiger Erfahrungen, diesen Einfluss nachzuweisen, und zwar sowohl hinsichtlich der Verschlimmerung schon bestehender Erkrankungen, indem die durch die Störung der Uterinblutcirculation bedingten Kopfcongestionen sich in subacuten Nachschüben des Ohrprocesses äussern, als auch mit Bezug auf die Prädisposition zur Zeit der Menopause wie zu Erkrankungeu überhaupt, so in specie zur Entstehung von Ohrleiden. Eine Reihe von Fällen, in welchen Verstärkung alter Otorrhoen, zeitweise Blutungen aus dem Ohr bei chron. Otorrhoe zur Zeit der cessirenden Menses, Wiederauftreten überstandener Tubencatarrhe, besonders gesteigertes Schwindelgefühl und Schwerhörigkeit bei Labyrinthaffectionen im Klimacterium zu constatiren waren, illustrirt den schädlichen Einfluss auf bestehende Ohrleiden, während von sich neu ausbildenden Ohrerkrankungen beobachtet wurden: furunculöse Gehörgangsentzündungen, irradiirende Schmerzen im Ohre anfallsweise zur Zeit der aussetzenden Menses, mit streifiger Trommelfellröthung als Ausdruck localisirter Hyperämie der Paukenschleimhaut und inneren Trommelfellschichte; in anderen Fällen traten ebenfalls anfallsweise Symptome von Labyrintherkrankung auf, Schwerhörigkeit, Schwindel und Sausen, mit steigender Heftigkeit und längerer Dauer bei jedem neuen Anfalle und schliesslicher Persistenz der Schwerhörigkeit. Zweimal beobachtete der Autor Ménière'sche Krankheit während des Klimacteriums, und ist auch hier geneigt, einen genetischen Zusammenhang wenigstens als sehr wahrscheinlich anzunehmen. Keller.

Das Trommelfell am macerirten Schläfenbein. Von Dr. Schwabach. (Centralbl. f. d. medicin. Wissensch. No. 39, 1885.)

Anlässlich der Maceration von Schläfenbeinen nach der von Partsch im Arch. f. klin. Chir., XXXI, mitgetheilten Methode, welche im Wesentlichen darin besteht, dass die Präparate in eine 5—8procentige Lösung von Kali caustic. gelegt werden, womit anfangs täglich zu wechseln ist, hat Verf. die Beobachtung gemacht, dass die Trommelfelle sich unter 40 Präparaten ausnahmslos, „soweit es sich um die Lamina propria handelt, völlig erhalten haben und das Bild fast genau dem am Lebenden sich bietenden entspricht". Verf. empfiehlt diese Methode zum Studium und behufs klinischer Demonstration des Trommelfells, wozu sich bisher bekanntlich die Untersuchung der Membran an der Leiche wenig eignete.*) Keller.

Zwei Fälle von plötzlich eingetretenem, hochgradigem Hörverlust beiderseits in Folge nervöser Ohraffection; beträchtliche Besserung durch hypodermatische Pilocarpin-Injectionen. (Observation on two cases of sudden and extreme loss of hearing on both sides

*) Bemerkung der Red.: Seit 15 Jahren benutze ich ausschliesslich bezügl. hergestellte Präparate, denen zur Differenzirung der Gewebe verschiedenfarbige stark arsenikhaltige Anilinfarben beim Trocknen zugesetzt werden, zur Demonstration in meinen otiatr. Cursen. Weber-Liel.

owing to disease of the nervous structures of the ear; materially improved after the hypodermic use of pilocarpin.) Von Dr. Barr. (The Britsh med. journ. 1885, Juni. — Revue mens. de laryng., 1885, October.)

Die von Politzer und verschiedenen anderen Seiten gemachten Mittheilungen über günstige Resultate von subcutanen Pilocarpin-Injectionen bei frischen, besonders auf syphilitischer Basis beruhenden Labyrinth-Affectionen, finden in beiden nachstehenden Beobachtungen eine weitere bemerkenswerthe Bestätigung.

1) 22jähr. Mann; vor 6 Monaten syphilitisch inficirt. Plötzlich von Uebelkeit und Erbrechen mit intensivem Schwindel und Hinstürzen befallen ohne Schwund des Bewusstseins; Tags darauf trat bei dem bis dahin völlig normal hörenden Pat. links absolute Taubheit mit fortwährendem Sausen ein, bald darauf auch rechts. Unter Jodkali-Behandlung nahmen Kopfschmerz und Schwindel ab, Taubheit blieb: Knochen- und Luftleitung = 0, laut in's linke Ohr Geschrieenes wird nicht verstanden, rechts wohl ein wenig gehört. Trommelfelle und Tuben normal, noch geringe Neigung, zur Seite zu fallen. Subcutane Pilocarpin-Injectionen (0,01 : 1,0), während 6 Tage alle 2 Tage je eine, dann eine alle 3 Tage während 9 Tage; nach jeder Application einige Stunden Bettruhe; starke Diaphorese, nach der ersten Injection Uebelbefinden und Erbrechen. Gehörverbesserung stellte sich vom ersten Tage ab ein, nach 3 Wochen konnte P. einer etwas laut geführten Unterhaltung mit dem rechten Ohre folgen und seinem Geschäfte als Schiffsrestaurateur wieder nachgehen. 9 Monate nach dem Anfalle hörte er Uhr r. = 8/40, links nicht, selbst beim Andrücken; Stimmgabel wird besser r. gehört.

2) 44jähriger Landwirth; seit 14 Tagen plötzlich hochgradig taub geworden, ohne vorherige Ohrerkrankung. Keine hereditäre Belastung, keine Syphilis. R.: völlige Taubheit, l.: wird laut Geschrieenes gehört, aber nicht verstanden. Stimmgabel vom Scheitel schwach percipirt. Beide Trommelfelle zeigen leichte kalkige Trübungen. Subcutane Pilocarpininjectionen. Nach 3 Monaten Uhr r. in 8″, l. 1″ Entfernung. Pat. konnte gewöhnlich laut geführter Unterhaltung folgen.

Keller.

Zur Pathologie des Ohrknorpels. Von Dr. Schwabach, Berlin. (Deutsche medic. Wochenschrift No. 25, 1885.)

I. Verknöcherung des Ohrknorpels.

Bei einem 59jährigen Manne fanden sich in genau symmetrischer Weise beide Ohrmuscheln theilweise verknöchert, und zwar betraf die Verknöcherung diejenigen Theile, welche der oberen und hinteren Parthie des Helix, der Fossa scaphoidea, des Anthelix mit beiden Schenkeln und der Fossa triangularis angehörten. Tragus und Antitragus waren vollkommen frei geblieben, ebenso das Ohrläppchen. Dieser pathologische Zustand der Ohrmuscheln datirte nach Angabe des Patienten seit der Jugendzeit und sollte ohne traumatische Veranlassuug entstanden sein. Schmerzen waren nie vorhanden. Verf. nimmt als Ursache der Verknöcherung durch unbekannte Ursachen hervorgerufene Ernährungsstörungen im Ohrknorpel an, die dann zur Verknöcherung führten.

II. Perichondritis auriculae.

Diffuse Knorpelhautentzündung der ganzen rechten Ohrmuschel mit

Ausnahme des Ohrläppchens ohne bekannte Ursache bei einer 28jährigen Frau. Die Affection erwies sich wegen mehrfacher Abscedirungen, welche Incision, Auskratzung und Drainage erforderten, sehr hartnäckig. Schliessliche Heilung mit theilweiser Schrumpfung der Muschel.

Moldenhauer.

Gangrän der Ohrmuschel. Von Dr. A. Eitelberg in Wien. (Wiener med. Wochenschrift No. 21, 1885.)

Im ersten Falle handelte es sich um einen 13monatlichen Knaben, der an der linken Ohrmuschel ein kreuzergrosses gangränöses Geschwür aufwies. Da derselbe an mehrfachen Symptomen ausgesprochener Scrophulose litt, erfolgte der Tod in wenigen Tagen.

Eine zweite Beobachtung betraf ein schlecht genährtes Mädchen von 3 Wochen, bei der das Ohrläppchen und ein Theil der Muschel einer Seite dunkelbraun gefärbt, zusammengeschrumpft sich fand und auffallend kühl anzufühlen war. Die Ohrmuschel war zum Theil abgelöst, und wäre dieser Process wahrscheinlich noch weiter gegangen, wenn nicht bald der Tod eingetreten wäre. Moldenhauer.

Ein Fall von partieller Ablösung der Ohrmuschel. Von Prof. Kuhn, Strassburg. (Tageblatt der Naturforscher-Versammlung zu Freiburg 1883.)*)

Bei einem 6jährigen Knaben war der in den rechten Gehörgang gelangte kleine platte Kieselstein durch gewaltsame Extractionsversuche eines Collegen durch das Trommelfell in die Paukenhöhle gedrängt worden und sass hier im vorderen Abschnitte derselben fest eingekeilt. Da alle gebräuchlichen Methoden zur Entfernung des Fremdkörpers, selbst in der Narcose, fehlschlugen, schritt Verf. zur Ablösung der Ohrmuschel von hinten und theilweisen Durchtrennung der Verbindung zwischen knorpligem und knöchernem Gehörgange. Hierdurch zeigte sich der Zugang zu dem Fremdkörper wesentlich erleichtert und konnte derselbe leicht mit einer geraden Kornzange entfernt werden. Heilung der Wunde ohne Verengerung des Gehörganges. Verf. empfiehlt nach dem Vorgange anderer Operateure in allen Fällen, wo der Fremdkörper im vorderen Abschnitte der Paukenhöhle gelegen ist, die Abtrennung der Ohrmuschel von hinten, nur, wenn derselbe am Boden oder mehr im hinteren Abschnitte des Mittelohres gelagert ist, käme die schwierigere Abtrennung der Muschel von oben in Frage. Die Operation von vorn her ist wegen der Blutung, Nähe der Parotis, Länge und Vorwölbung der vorderen knöchernen Gehörgangswand nicht anzurathen. Moldenhauer.

Trepanation des Warzenfortsatzes. Tod durch Jodoform. Von Kuhn in Strassburg. (Tageblatt der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Strassburg, 1885.)

Der Trepanationsfall bei einem Tuberculösen bietet nichts Besonderes. Auffallend nur ist, dass durch das tägliche Einführen von Jodoformstiften, welche ca. 0,50—0,60 Jodoform enthielten, in die gut granulirende

---

*) cfr. besonders den vor ca. 10 Jahren von Dr. Israel in der Berl. klin. Wochenschr. beschriebenen Fall einer betr. Operation, die besonders auch wegen der, durch den in der Pauke eingekeilten Fremdkörper hervorgetretenen irradiirten und Reflexerscheinungen hochinteressant ist. D. Red.

Wunde eine heftige Intoxication erfolgte, welche trotz Aussetzens der Behandluug unter ausgesprochenen Gehirnerscheinungen, Auftreten eines Exanthems und Nieren- und Darmblutungen nach 8 Tagen zum Tode führten. Bei der Section fanden sich die Hauptveränderungen in den Nieren, nämlich die Zeichen einer hochgradigen acuten parenchymatösen Nephritis. Moldenhauer.

Granulom mit Haaren im Gehörgang. Von Kuhn in Strassburg. (Tageblatt der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Strassburg, 1885.)

K. exstirpirte ein bohnengrosses Granulom des Gehörgangs, hart an der Insertion des Trommelfells. Die ungewöhnliche Resistenz desselben veranlasste eine microscopische Untersuchung und fanden sich eingebettet in die Geschwulst zahlreiche Haare, welche mit den Haaren am Eingange des Gehörganges gleichartig waren. Da nun Patient kurze Zeit vor der Operation diese Haare im Eingang des Gehörganges verschnitten hatte, so ist am wahrscheinlichsten, dass ein Theil davon bis in die Tiefe gelangte und von dem wachsenden Granulom incorporirt wurde.

Moldenhauer.

---

b) Rhinologische:

Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraum-Krankheiten. Von Dr. G. L. Tornwaldt in Danzig. (Wiesbaden 1885.)

In dieser kleinen, trefflichen Arbeit tritt uns zunächst wohlthuend der Umstand entgegen, dass man endlich einmal wieder der Arbeit eines Specialisten begegnet, der etwas Gründliches von der Rhinoscopie versteht! Von manchen anderen neueren Arbeiten kann man in Beziehung auf die Rhinoscopie nur sagen, sie gehören in die Categorie des „geförderten Rückschrittes“ und haben sogar etwas Gefährliches, als sie Andere, namentlich Anfänger, irre leiten. Verf. konnte seine schönen Beobachtungen nur erlangen durch Anwendung des Voltolini'schen Gaumenhakens. Er sagt darüber (Seite 20): „Dass ich erst dann eine rhinoscopische Untersuchung für vollkommen halte, wenn sie mir mittelst des Gaumenhakens gelungen ist .... dass mir die Ablehnung, welche er (der Gaumenhaken) selbst von Seiten hervorragender Rhinoscopiker gefunden hat, unbegreiflich erscheint.“ Dieses „Unbegreifliche“ ist wohl nur so zu erklären, dass jene Herren noch niemals ein vollständig frei geöffnetes Cavum pharyngo-nasale gesehen haben — und freilich, wer noch niemals eine Nachtigall gesehen hat, hält eine Grasemücke für eine solche! Die durch den Gaumenhaken und Doppelspiegel von Voltolini (Seite 21), welche letzteren Verf. ebenfalls zu Ehren bringt, erlangten Resultate über die Bursa pharyngea fasst Verf. in folgende Sätze zusammen: 1) Die Eingangsöffnung der Bursa phar. ist fast bei jedem Menschen mit Hilfe des Gaumenhakens als Furche, trichterförmige Grube, kreisförmiges oder ovales Loch genau in der Mittellinie des Rachendaches rhinoscopisch zu sehen. 2) Die Bursa phar. hat meistens die Form eines Sackes oder blinden Canals selten einer Furche, mündet gewöhnlich mit enger Oeffnung aus und ist in Folge dieses Baues der häufige Sitz von Krankheiten im Nasenrachen

raum. 3) Diese Krankheiten bestehen einerseits in Hypersecretion, andererseits in Cystenbildung. 4) Die Hypersecretion beschränkt ihr Secret entweder auf die nächste Umgebung der Bursa oder fliesst an der hinteren Pharynxwand herab; ist keine Ozaena zugleich vorhanden, so bleibt die Partie zwischen Bursa und Choanen von Secret frei. 5) Die Cyste der Bursa ist gewöhnlich als deutlich vorragende Geschwulst in der Mitte des Rachendaches wahrzunehmen, der sichere Beweis ihres Vorhandenseins wird gegeben durch Spaltung der Cystenwand. 6) Den Ursprung des Secretes aus der Bursa beweist Verf. durch eine Anzahl Sätze, unter diesen auch: „b) Durch die directe Beobachtung des Herausfliessens des Secretes aus der Bursa.“ 7) Die durch Hypersecretion und Cyste hervorgerufenen Krankheitserscheinungen zerfallen in 2 Gruppen: A. nähere Symptome, identisch mit den örtlichen, durch Nasenrachencatarrh erzeugten Beschwerden; B. Begleiterscheinungen in anderen Organen, als: Veränderungen der Nasenschleimhaut, Ohrenkrankheiten, Pharyngitis granulosa, chronischer Kehlkopfcatarrh mit vorwiegender Betheiligung der Pars interarytaenoidea, Bronchialcatarrh, chronischer Magencatarrh, Husten, Bronchialasthma, Brustschmerz, Kopfschmerz. 8) Die Dauer der Erkrankung der Bursa, ohne Therapeutik, ist wahrscheinlich eine unbeschränkte. 9) Die Therapie hat die Aufgabe, entweder Heilung oder Zerstörung der erkrankten Bursa pharyngea herbeizuführen.

Verf. bespricht alsdann einzelne Symptome und sagt von dem Rachenhusten, dass es nicht nöthig sei, diesen durch herabfliessendes Secret zu erklären, sondern einfach durch einen reflectorischen Reiz in den Nerven des Rachens, gerade so wie wir sofort Husten auftreten sehen, wenn wir den Nerv. auricularis vagi im äusseren Gehörgange reizen; wir stimmen dem bei. Was das Bronchial-Asthma betrifft, auf welches zuerst Voltolini aufmerksam gemacht hat, als von Nasenpolypen ausgehend, so bekennt er sich auch zu der Ansicht eines reflectorischen Reizes auf die Bronchialmuskeln und kann dieser Reiz auch vom Rachen ausgehen. Seine Erklärung, warum das Asthma allermeist des Nachts eintritt, scheint uns verfehlt, ebenso die, warum der Kranke dabei aus dem Bette aufspringt. Nach unserer Meinung springt er instinctiv auf, um die Fenster seiner Lunge durch grössere Kraftanstrengung zu öffnen, gerade so wie er dabei auch an das wirkliche Stubenfenster springt, um dieses zu öffnen, und unzweifelhaft besitzt der Mensch mehr Kraft im Stehen als im Liegen. Ein Sänger sitzt nicht beim Singen sondern steht, um die Athemmuskeln voll entfalten zu können in ihrer Wirkung.

Seite 55 u. f. spricht Verf. vom Kopfschmerz, den er durch die Luftdouche in manchen Fällen beseitigt hat, durch Wegsammachung der verlegten Nasenrachenpartien. Ebenso theilt er mit, dass der Kopfschmerz verschwand nach Spaltung der Cyste der Bursa (Seite 57).

Verf. gesteht andererseits, dass „die besprochenen Symptome und Begleiterscheinungen der Erkrankung der Bursa pharyngea durchaus nicht immer alle vorhanden sind. Es sind sogar Fälle vorgekommen, in denen keine einzige jener Beschwerden empfunden wurde“, obgleich sich eine Cyste oder Catarrh der Bursa vorfand.

Verf. theilt im 2. Theile der Arbeit Krankengeschichten mit von Hypersecretion der Bursa und von Cysten derselben. Wir heben aus

denselben nur einige hervor, welche besonderes Interesse darbieten. Fall XIV. Cyste der Bursa pharyng. Asthma. Heiserkeit. Stirn- und Hinterhauptschmerz. Deprimirte Gemüthsstimmung. Oertliche Rachenbeschwerden. Heilung nach Spaltung der Cyste und Einspritzung von Solut. arg. nitr. Pat. kam zu Dr. Tornwaldt gerade während eines asthmatischen Anfalles. Dr. T. spaltete sofort die Cystenwand und entleerte eine dickrahmige weisse Flüssigkeit. Der asthmatische Anfall sistirte wenige Minuten nach der Durchschneidung und Pat. erklärte, dass ihm „eine Last aus dem Kopfe genommen wäre". Er war vollständig hergestellt und konnte seinen Beruf als Landwirth wieder aufnehmen, den er bereits aufgegeben hatte. Fall XVI. Cyste, Asthma. Nach Spaltung der Cyste erklärte Pat., dass die Nacht nach jener Operation die erste seit 1 Jahre gewesen, in der er nicht von einem Asthma-Anfalle aufgeweckt worden; das Asthma kam nicht wieder. Ebenso in Fall XXI., wo Pat. als Stationsvorsteher seinen Dienst nicht mehr versehen konnte wegen der asthmatischen Beschwerden. Völlige Befreiung von denselben nach Spaltung der Cyste mittelst der Galvanocaustik, die Dr. T. überhaupt immer anwendet bei derartigen Operationen, theils den spitzen Galvanocauter, theils den messerförmigen.

Sehr interessant und rühmenswerth sind auch die Beobachtungen und Resultate, welche Verfasser mit den von Voltolini angegebenen Gegenspiegeln erlangt hat, indem statt des Gaumenhakens ein in gleicher Form gebogener Spiegel als Haken benutzt wird. Meines Wissens hat noch kein anderer Specialist diesen benutzt, ja, Andere scheinen noch kaum eine Ahnung davon zu haben. Voltolini.

Die Albocarbón-Untersuchungslampe für Nase und Kehlkopf. Von B. M. A. Fritsche in Berlin. (Berliner klin. Wochenschrift No. 5, 1885.)

Das Bestreben, anstatt der gebräuchlichen Gas- oder Petroleumlampen ein intensiveres und zugleich weisseres Licht für die Untersuchung des Kehlkopfes und der Nasenhöhle einzuführen, verdient alle Anerkennung, und scheint der Verfasser diese Aufgabe durch Construction der Albocarbonlampe theilweise gelöst zu haben. Das Princip dieser neuen Lampe beruht darauf, dass zur Speisung derselben ein mit Naphthalindämpfen gesättigtes Leuchtgas verwandt wird. Zu diesem Zwecke passirt das Leuchtgas, ehe es zum Brenner gelangt, einen mit Naphthalin gefüllten eisernen Ballon, in dem das Naphthalin zugleich durch die Flamme in Dampfform verwandelt wird. Als Form für den Brenner ist die Flächenform gewählt und wird das Licht desselben, nachdem es durch zwei sphärisch plan-convexe Linsen condensirt ist, durch einen Concavspiegel aufgefangen.

Die Vorzüge der Lampe sollen bestehen:

1) in der grösseren Helligkeit (2—4fache) gegenüber den gewöhnlichen Gaslampen;

2) in der intensiven Weisse des Lichtes;

3) im ruhigen Brennen der Flamme;

4) im geringeren Verbrauch des Gases (Ersparniss von 40—45 pCt. Leuchtgas).

Mir scheint dieselbe auch Nachtheile gegenüber einer gewöhnlichen Gaslampe zu haben, welche besonders in der schwierigeren Handhabung

liegen. Einmal nämlich muss die Lampe mindestens 1/4 Stunde vor dem Gebrauch angezündet werden, damit eine genügende Entwicklung der Naphthalindämpfe stattfindet, ferner ist der ganze Apparat ziemlich schwer, daher wenig leicht bewegbar, und drittens ist für einen Operateur die Einschaltung eines Reflectors, der an dem System selbst befestigt ist, sehr störend. Moldenhauer.

Ueber todte Osteome der Nasen- und Stirnhöhle. Von Dr. H. Tillmanns. (v. Langenbeck's Archiv, Band XXXII, Heft 3.)

In diesem seltenen Falle handelte es sich um eine 53jährige Frau, die seit ihrer Jugend häufig an heftigem Kopfschmerz, besonders in der Gegend der Nasenwurzel und der linken Stirnhöhle, gelitten hatte. Vor 8 Jahren hatte die Gegend der linken Stirnhöhle angefangen, sich hervorzuwölben, und wenig später begann der linke Bulbus prominent zu werden. Nach und nach erlosch die Sehkraft des linken Auges unter heftigen Schmerzen; seit 6 Monaten war am linken Orbitalrande eine feine Fistel entstanden, die wenig schleimig-eitrige Flüssigkeit entleerte. Die Nase war seit Jahren verstopft.

Bei der Untersuchung zeigte sich die Sehkraft des linken Auges wegen Vereiterung der Cornea mit Uebergang in Panophthalmitis gänzlich erloschen, die Fistel am Orbitalrande führte auf necrotischen Knochen, in der linken Nasenhälfte polypöse Wucherungen, die rechte Nasenhöhle mit einem grossen höckerigen, doch beweglichen Knochenconcremente ausgefüllt.

Bei der Operation wurde zunächst der linke Bulbus exstirpirt, 14 Tage später die linke Stirnhöhle von der Fistel aus aufgemeisselt, und fanden sich in dieser stark erweiterten Höhle zwei todte, stiellose Osteome als freie Knochenkugeln von Taubenei- und Wallnussgrösse, ohne Weichtheilhülle. An beiden Osteomen war die Stielstelle deutlich sichtbar, ebenso ihre frühere Insertion an der Siebbeinwand. Kein Durchbruch nach der Orbita. Nach Entfernung von kleinen Sequestern des Thränenbeines, Siebbeines und der oberen Nasenhöhle wurden die Polypen der Nasenhöhle mit dem scharfen Löffel entfernt, wodurch eine breite Communication zwischen Nasen- und Stirnhöhle hergestellt wurde. Tamponade mit Jodoformgaze. Sechs Tage später wurde nach Spaltung des Nasenrückens in seiner ganzen Länge das Osteom aus der rechten Nasenhöhle entfernt und konnte angenommen werden, dass dasselbe ebenfalls vom Siebbein ausgegangen war. Plastischer Verschluss der Oeffnung in der linken Stirnhöhle. Vollständige Heilung nach kurzer Zeit.

Die drei Osteome hatten ein Gesammtgewicht von 79,55 Grmm. Die Loslösung war wahrscheinlich, da ein Trauma ausgeschlossen werden konnte, durch Druckatrophie des Stieles erfolgt zur Zeit, als die wachsenden Osteome an der gegenüberliegenden Wand einen Widerstand erfahren mussten.

T. bespricht nun an der Hand des einschlägigen Falles die Genese der freien, sogen. todten Osteome der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Nach genauer kritischer Zusammenstellung der bisher beobachteten Fälle widerspricht er der von Dolbeau aufgestellten Annahme, welcher auch Zuckerkandl (den T. bei der literarischen Rundschau übersehen zu haben scheint) in seinem Werke über die Anatomie der Nasenhöhle

beipflichtet, dass nämlich die Entstehung dieser Osteome von der zugleich als Periost dienenden Schleimhaut der Höhlen ausgehe, der Stiel also aus Weichtheilen, d. h. Bindegewebe resp. Schleimhaut, bestehe; dadurch dass derselbe bei weiterem Wachsthum schwinde, werde die Knochenneubildung frei. T. glaubt vielmehr annehmen zu dürfen, dass die Osteome von Resten des foetalen Chondrocraniums, welche in allen Nebenhöhlen der Nase relativ lange zu bestehen pflegten, ausgehen und stets einen Anfangs mehr knorpligen, später knöchernen Stiel besitzen, welcher oft erst nach langjährigem Bestande durch Druck des wachsenden Osteoms atrophire oder durch Entzündung losgelöst werde und so zum Auftreten freier Knochenconcremente führe. Moldenhauer.

Necrotisirende Ethmoiditis, ihr Zusammenhang mit der Entwicklung von Nasenpolypen, Ozaena etc. (Necrosing ethmoiditis; its relationship to the development of nasal polypus, ozaena etc.) Von Edward Woakes, London. (Lancet 1855, 18. Juli.)

Die Krankheit besteht anfangs in einer Schwellung der mittleren Nasenmuschel; frühzeitig zeigen sich kleine Schuppen von todtem Knochen in dem Inneren des Tumors. Die Krankheit beginnt an dem vorderen Ende mit kleinen hügligen Auftreibungen, die zusammenfliessen, bis schliesslich eine erhebliche Auftreibung des Knochens erfolgt. Im Inneren birgt diese einen oder mehrere myxomatöse Heerde, welche dann den Knochen durchbrechen und so die Entstehung der Polypen erklären, die auch an anderen Stellen der Nase aus im Wesentlichen gleichen Processen hervorgehen. Die kleinen Knochenschüppchen soll man frühzeitig mit der Sonde in den Ethmoidalzellen finden, in welche man von dem mittleren Nasengang aus auch gelangen soll und welche mit den Sinus frontales et sphenoidales zusammenhängen sollen. Der beigegebenen Abbildung nach scheint die fragliche Auftreibung den von Zaufal beschriebenen Knochenblasen zu entsprechen.

In einer zweiten Gruppe von Fällen verbreitet sich necrotisirendes Periost durch die Orbitalplatte nach der Augenhöhle, bildet dort einen Abscess, oder in die verschiedenen Nebenhöhlen der Nase.

In einer dritten Gruppe findet man den necrotischen Knochen mitten in wuchernden Massen, welche nach der Exstirpation rasch wiederkehren, leicht bluten etc.

Die vierte dahin gehörende Gruppe bilden die Ozaenafälle, bei welchen man mit geeigneten Sonden immer (? Ref.) necrotische Knochenstellen nachweisen könne. Die Ursache, warum in dem einen Fall Hypertrophie, im anderen Atrophie eintrete, liege in der Constitution des Kranken. Aus dem microscopischen Befunde, dass zwischen dem Drüsenlager und dem Epithel eine myxomatöse Schicht gefunden wurde, folgert Verf., dass die Polypen aus diesem necrotisirenden Periost ihren Ursprung nehmen.

(Dem Ref. scheinen in dem Aufsatze eine Anzahl verschiedener Krankheiten in etwas gezwungener Weise in ein Krankheitsbild vereinigt worden zu sein.) Dr. M. Schm.

Predigers Halsweh und Nasenrachencatarrh. (Clergymans sore throat and postnasal catarrh.) Von George Stokes, London 1884.

Eine populäre Darstellung des Gegenstandes, in welcher nichts Neues enthalten ist. Eigenthümlich ist die Anschauung, dass der oft dabei

vorhandene Magencatarrh Folge des Nasenrachencatarrhs sei und nicht umgekehrt. Dr. M. Schm.

Nasen- und Halskrankheiten. (Nose and throat diseases.) Von George Moore M. D., London.

Eine kurze Besprechung der verschiedenen Krankheiten, in welcher aber von neueren Ergebnissen der Wissenschaft, als z. B. nervöser Schnupfen, dito Reflexerscheinungen von der Nase, wenig vorkommt. Ozaena soll von Geschwüren in der Nase herkommen etc. In ähnlich kurzer und natürlich unvollkommener Weise sind die Pharynxerkrankungen beschrieben; ebenso kurz die Therapie.

Solche Bücher bringen wenig Nutzen. Dr. M. Schm.

Ersatz für Cocain. (Substitutes for cocaine.) Von Prosser James' London. (Lancet 1885, 4. Juli.)

In einem ersten Aufsatze berichtet er über Versuche mit Coffeinsalzen, besonders das Natrocoffeinum salicylicum und benzoicum. In einzelnen Fällen hat er damit die Empfindlichkeit der Schleimhäute wesentlich herabgesetzt. Dr. M. Schm.

Zur Operation und Statistik der adenoiden Tumoren des Nasenrachenraumes. Von Dr. Hopmann. (Deutsche medic Wochenschrift No. 33, 1885.)

Verf. ventilirt besonders die Frage der Zulässigkeit der Chloroformnarcose bei der Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. Gegenüber B. Fränkel, welcher die Narcose wegen Gefahr der Blutaspiration in die Lungen und wegen Erschwerung der Operation überhaupt möglichst einzuschränken vorschlägt, plaidirt Verf., gestützt auf eine reiche Erfahrung, für ausgiebige Anwendung der Narcose. Derselbe hat 69 Kranke in der Narcose operirt und, trotzdem er die aufrechte Haltung des Kopfes einnehmen liess, nie eine Spur Blut in die tieferen Luftwege gelangen sehen. H. chloroformirt auf dem Operationstische in liegender Stellung nur bis zur leichten Betäubung. Nachdem dann das Gaumensegel mittelst eines Gummischlauches in bekannter Weise nach vorn fixirt ist, wird der Patient in sitzender Stellung festgehalten, die Kiefer durch einen Gummistopfen voneinander entfernt und nun die Operation mit der Catti'schen Zange ausgeführt. Etwaige durch Entwicklungsfehler bedingte Verengerungen der Choanen werden gewaltsam durch den eingeführten Finger gedehnt, selbst die knöcherne Umrandung der Choanen gesprengt (!). Gewöhnlich genügte eine Sitzung zur Radicalheilung. Ueble Zufälle fehlten fast immer, so dass die Heilung in wenigen Tagen vollendet war.

Ausserdem wurden vom Verf. bisher noch 165 Kranke ohne Narcose meist nach anderen Methoden operirt. Moldenhauer.

Das sogenannte Eczem des Naseneinganges. Von Dr. W. Lublinski. (Deutsche Medicinal-Zeitung Heft 54, 1885.)

Verfasser ist bezüglich der Pathologie im Grossen und Ganzen auf demselben Standpunkte, den Ref. in dieser Monatsschrift No. 5, 1885, vertreten hat, weicht jedoch in auffallender Weise bezüglich der Therapie ab. Er warnt bei Sycosis vor Stichelungen und Scarificationen,

empfiehlt nach Epilation der gelockerten Haare das permanente Tragen von Tampons, die mit folgender Salbe bestrichen sind:

Rp. Mag. Bismuth.,
Hydrarg. praecip. alb. āā 1,0,
Vaselin. 10,0,
Mf. ung.

Ref. muss trotz dieser gegentheiligen Ansicht sein angegebenes Verfahren als das unseren gegenwärtigen chirurgischen Ansichten am meisten entsprechende und vom besten Erfolge gekrönte festhalten und zu weiterer Prüfung empfehlen.

Bei wahrem Eczem des Naseneinganges warnt L. mit Recht vor den früher so beliebten Aetzungen und giebt eine Salbe an, die mit Erfolg von ihm angewandt wurde:

Rp. Mag. Bismuth.,
Flor. Zinc. . . . . āā 1,5,
Vaselin. 10,0,
Mf. ung.

Moldenhauer.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber die Beziehung der Kehlkopfnerven zur Innervation der einzelnen Kehlkopfmuskeln. Von Simanowsky. (Botkin's kl. Wochenschrift No. 9—13, 1885.)

Nach der ausführlichen Darlegung des heutigen Standes unseres Wissens über Innervation des Kehlkopfes und diesbezüglicher Streitpunkte, theilt S. einige interessante Resultate seiner bisher noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen in diesem Gebiete mit, die den bekannten neuen Arbeiten Exner's entschieden widersprechen. Seine Schlüsse lauten wie folgt: 1) Ms. posticus, sowie auch Ms. crico-aryth. lateralis sind unstreitig durch Recurrens innervirt. 2) Es gilt dasselbe bezüglich der Innervation der Muskeln, die in Stimmbändern gelegen sind; dieser Muskel wird ganz und gar nach der Durchschneidung des Recurrens atrophirt. 3) Ms. trons. aryth. ist auch durch Recurrens innervirt, denn in der Mehrzahl der Durchschneidungen des Recurrens war auch Atrophie dieses Muskels mehr oder minder ausgeprägt. 4) Ms. crico-thyreoid. ist zweifellos durch äusseren Ast des Laryng. sup. versorgt. Die Durchschneidung des Recurrens vergrössert nicht den Grad der Atrophie, die nur nach der Durchschneidung des N. laryng. sup. erzielt wird. Degeneration dieses Muskels bei Recurrenslähmung (Türck) mag durch die Unthätigkeit der entsprechenden Kehlkopfshälfte erklärt werden. 5) Ms. genio-epigl. wird weder nach Durchschneidung des Recurrens und beider Aeste Laryng. sup., noch nach der der Rhami pharyng. vagi et hypoglotti atrophirt; darum bleibt seine Innervation noch unerklärt.

Warum Mandelstamm und Exner bei Durchschneidungen derselben Nerven andere Resultate bekamen, ist für S. schwer zu begreifen. Wenn N. laryng. medius (Exner), der nur Ms. crico-thyreoid. versorgt, wirklich existirt, wie kommt es, dass die Durchschneidung desselben zum Tode führt, und selbst schneller als die Durchschneidung beider Recurrens. Es wurde einmal von S. nach Durchschneidung des Rhami

ext. n. laryng. sup. noch ein Stück von N. pharyng. (also auch Laryng. med., Exner) ganz nahe der Abzweigung desselben von Vagus ausgeschnitten, und die dadurch bedingte Atrophie des Ms. crico-thyreoid. wurde sonst nicht grösser, als nur nach der Durchschneidung des R. ext. n. laryng. sup.

Diese Untersuchungen sind an Hunden angestellt.

E. Stepanow.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Lepra im Larynx. (Contributo allo studio della anatomia patologica della lepra nel laringe.) Von O. Masini (Genua). (Bollettino delle malattie dell' arecchio, della gola e del nato. Firenze. Anno II, No. 6.)

Verf. liefert uns eine erschöpfende Schilderung der bei zwei Leprakranken post mortem vorgefundenen Veränderungen im Larynx. Die Schleimhaut erschien in beiden Fällen schmutzig-grau, trocken, besonders jene am Kehlkopfeingange gleichmässig verdickt, dadurch das Lumen beträchtlich verengt, nur im ersten am freien Kehldeckelrande ein seichter Substanzverlust.

Die Ergebnisse der microscopischen Untersuchung stützt Verf. lediglich auf gefärbte Schnittpräparate. Bis auf die exulcerirte Stelle findet sich die Schleimhaut nirgends des characteristischen Epithels verlustig, in den oberen Kehlkopftheilen wird es dicker und an der laryngealen Fläche der Epiglottis sieht man dasselbe in Form von Zapfen zwischen die Lepraknötchen hereinragen. Hier fällt an den Epithelzellen eine geringer ausgesprochene Körnung mit zuweilen mondsichelartig contourirtem Kerne auf. Die erwähnten oberflächlichen Lagen fand Verf. frei von Bacillen, in den tieferen Schichten erschienen letztere in eingewanderten Zellen angehäuft. Die subepitheliale Gewebsschicht weist die grössten Veränderungen auf und enthält theils diffus, theils nestartig angehäuft zellige Elemente eingestreut. Diese liegen in einem Maschennetz von fibrillärem Bindegewebe, das man durch öfteres Durchfahren des Schnittes mit einem Pinsel rein zur Darstellung bringen kann. In den frisch infiltrirten Stellen liegt Zelle an Zelle, ein- bis dreikernig, mit Bacillen überfüllt. Andere rundliche Gebilde nehmen mit Methylviolett eine diffuse Färbung an, welche sich durch starke Vergrösserung in haufenweise gleichmässig tingirtem Protoplasma angesammelte Bacillen auflösen lässt.

Die Lymphgefässe pflegen auf frisch infiltrirtem Boden durch massenhafte Umwucherung nahezu vollständig zu obliteriren, während jene, welche in Gebieten älteren Datums verlaufen, über das Normale erweitert angetroffen werden. Schleimdrüsen und Muskeln degeneriren und schwinden unter dem Drucke des leprösen Granuloms; in gleicher Weise erkranken Adventitia und Media der Gefässe bis zur völligen Verödung des Lumens. Die Nerven endlich werden nur in ihren Endausbreitungen von einzelnen Lymphzellen durchwühlt, widerstehen dagegen in den Hauptästen deren Invasion.

Verf. hält demnach die lepröse Infiltration für das Resultat einer chronischen Entzündung, eingeleitet durch eine diffuse oder knotige Infiltration mit bacillenreichen Lymphzellen, welche sich mit Picrocarmin färben, von denen sich in der Folge durch re- und progressive Meta-

morphose (allmähliges Ueberwiegen des Balkengerüstes, Zunahme des Zellvolumens und der Kerne, Auswachsen der Bacillen) jene bereits erwähnten, sich mit Methylviolett diffus färbenden rundlichen Gebilde differenziren. Dr. Karis.

Ueber einige Complicationen der Tracheotomie. (De quelques complications de la trachéotomie.) Von Dr. Parker. (The lancet No. 4, 5 u. 6, 1885, und Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1885.)

Kommt nach Einführen der Canüle keine Luft, kein Schleim, keine Pseudomembran, so hat man die Canüle entweder zwischen Mucosa und Trachea, oder zwischen Mucosa und einer Pseudomembran eingeführt; dies wird vermieden, wenn man sich eines Dilatators bedient. Ergiesst sich Blut in die Trachea, so soll man gleich den Aspirator gebrauchen, welcher immer zur Hand sein soll. Es können plötzliche Todesfälle während der Tracheotomie kommen, welche auf Verletzung des Pneumogastricus schliessen lassen. P. bringt Beispiele als Belag. Dr. P. K.

Das Nichtdurchschneiden der Pseudomembran durch die Canüle als grosse Gefahr bei der Tracheotomie. (La nonpénétration de la fausse membrane par la canule constituant un danger non encore signalé de la trachéotomie.) Von Dr. Ashby C. Osborn. (The Brit. med. Journ, Janvier 1885, und Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1885.)

Verf. vollführte wegen Croup die Laryngo-Tracheotomie bei einem 4jährigen Kinde. Die Canüle wurde eingeführt, das Zischen machte sich bemerkbar, aber die Lungen athmeten nicht. Das Kind ging asphyctisch zu Grunde. Die Section ergab, dass die Canüle die Pseudomembran nicht durchbohrt hatte, sondern dass sie zwischen Membran und vorderer Trachealwand sass. Dr. P. K.

Käsige Drüse, die Trachea verstopfend und plötzlichen Tod bringend. (Glande caséeuse ayant obstrué la trachée et déterminé une mort subite.) Von Dr Percy Kidd. (Brit. med. Journ., Février 1885, und Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1885.)

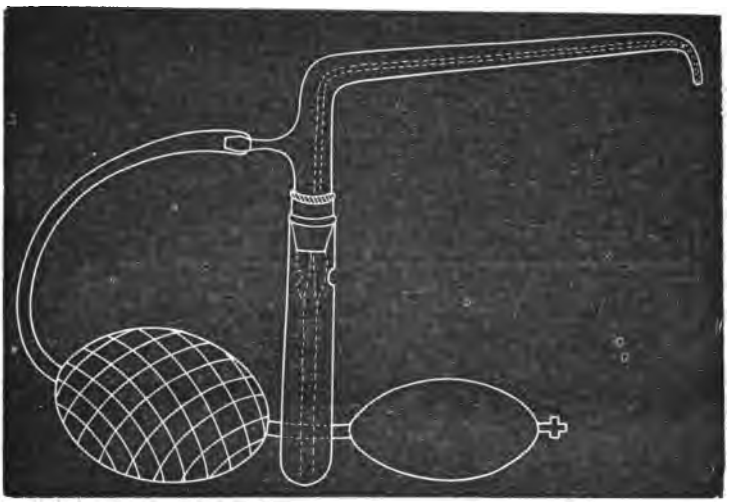
Ein 7jähriges Kind litt einige Zeit an krampfhaftem Husten, bekam einen Erstickungsanfall und verschied plötzlich. Die Section ergab, dass alle Mediastinallymphdrüsen bedeutend geschwellt waren; eine von diesen Drüsen verstopfte die Trachea; sie war durch ein Geschwür genau über den Abgang des linken Bronchus eingetreten. Dr. P. K.

Verstopfung der Trachea durch eine verkäste und gelöste Bronchialdrüse. Heilung nach Tracheotomie. Von Professor Ferd. Petersen-Kiel. (D. Med. Wochenschrift No 10, 1885.)

Bei einem 6jährigen, tuberculös hereditär belasteten, nicht scrophulösen Kinde stellten sich 2½ Jahre nach Ueberstehen der Masern im Anschluss an Rubeola und eine ac. Bronchitis öfter asthmatische Anfälle ein. Während eines sehr heftigen Anfalles musste die Tracheotomie gemacht werden, die aber keine Erleichterung brachte; ein eingeführtes Bougie ging leicht bis jenseits der Bifurcation ein, zeigte aber nach dem Herausziehen krümelige Käsemasse. Durch Einführung Nélaton'scher Catheter und später durch Husten wurde noch eine Menge verkäster und verkalkter Drüsenmassen entleert; Tuberkelbacillen wurden an den Massen nicht gefunden. Dr. Götze.

Zerstäuber medicamentöser Flüssigkeiten für den Kehlkopf. (Ill. Monatsschr. d ärztl. Polytechnik, H. 11, 18-4.)

Diese Modification des v. Troeltsch'schen Zerstäubers benutze ich seit mehreren Jahren zur directen Einstäubung dünnflüssiger Medicamente in den Kehlkopf. Die Construction des Apparates aus Glas hat den Vortheil, dass man bei Verstopfung des inneren Röhrchens die Stelle des Hindernisses sehen und letzteres leicht beseitigen kann, sowie dass der Apparat von den üblichen Medicamenten nicht angegriffen wird. Das am oberen Ende des Reagensglases angebrachte Loch wird während des Einstäubens mit Zeigefinger oder Daumen verschlossen, bei Eröffnung



desselben wird der Strom momentan unterbrochen. Zur Aufrichtung des Kehldeckels genügt es in den meisten Fällen, während des Einführens der Röhre e intoniren zu lassen. — Die Vortheile des Zerstäubers gegenüber dem Pinsel sind: 1) Reinlichkeit, 2) die Möglichkeit, dass auch Ungeübte sich desselben mit Sicherheit bedienen können. Kiesselbach.

Neue Methode der Cricotracheotomie mit Hilfe eines besonderen Instrumentes, welches zugleich als Conductor und Dilatator dient und mit dem Namen „dilatirende Hohlsonde" belegt werden kann. (Nouveau procédé de cricotrachéotomie, à l'aide d'un instrument particulier, conducteur et dilatateur à la fois, que s'appelle Sonde canelée dilatatrice.) Von Dr. Gentilhomme, Prof. in Reims.

Das Instrument ist dem gewöhnlichen Dilatator ähnlich; die Arme sind länger, dünner, sind an der concaven Fläche von dem Charnier bis zum vorderen Ende ausgehöhlt, sie können als Conductor und Dilatator dienen.

Die Operation wird in 6 Tempos ausgeführt: 1) Der Hautschnitt, welcher in einer Länge von 3 Ctm. vom unteren Rande des Schildknorpels nach unten verläuft und die Haut mit dem Unterhautzellgewebe nebst der Fascia superficialis begreift. 2) Die Punction der Membrana cricothyroidea mittelst einer eigens dazu construirten Lancette; die so ent-

stehende Blutung ist unbedeutend und gefahrlos. 3) Einführen der dilatirenden Hohlsonde in die Trachea. Das Einführen geschieht langsam durch die in der Membrana cricothyroidea gemachte Oeffnung, so tief man will; man hat dann das Gefühl, dass die beiden Arme des Instrumentes frei in der Trachea liegen. 4) Einschneiden der Cartilago cricoidea und der ersten Trachealringe. Dies geschieht von oben nach unten mittelst eines auf der Hohlsonde des Dilatators geführten geknöpften Bistouri. Die Blutung wird ziemlich bedeutend, steht aber gleich, nachdem die Wundränder voneinander entfernt sind und der Kranke frei athmet. 5) Entfernung der Wundränder und der Weichtheile; dies geschieht mittelst des in der Wunde steckenden Dilatators. 6) Einführen der Canüle auf die gewöhnliche Weise.

Die Vorzüge dieser Operationsweise sind die Schnelligkeit, die Leichtigkeit, die Sicherheit; es ist nicht mehr die relativ grosse Geschicklichkeit des Operateurs erforderlich, welche blos nach langer Uebung erlangt wird; jeder Arzt kann die Operation mit Leichtigkeit ausführen.

Dr. P. K.

Berichtigungen. In vor. Nummer S. 254 Zeile 27 v. u. haben gemäss dem Herrn Autor die Worte von „für welches" bis „geneigt scheint", Zeile 14 v. u. die Worte „ist meine Erfahrung", Zeile 4 v. u. die Worte „meiner Ansicht nach" und in der letzten Zeile das Wort „gutgewählten" wegzufallen. — In No. 8 im Artikel des Herrn Dr. Stepanow muss es heissen S. 237 10. Z. v. u. statt „mehr" — vier.

Inhalt.

I. Originalien: Weil: Zur Symptomatologie der Ohrenschmalzpfröpfe. — Lange: Ueber Aluminium acetico-tartaricum und Aluminium acetico-glycerinatum siccum bei Affectionen der Nase, des Nasenrachenraumes und des Larynx. — Bartsch: Zur Schallleitung durch die Kopfknochen. — Beschorner: Subcutane Injectionen von Cocain. salicylic. bei Asthma und nervösem Husten. — II. Referate und Recensionen: a) otologische: Burckhardt: Vergleichende Ergebnisse verschiedenartiger Hörprüfungen. — Habermann: Ueber die tuberculöse Infection des Mittelohres. — Ménière: Ueber den Einfluss der Menopause auf die Krankheiten des Ohres. — Schwabach: Das Trommelfell am macerirten Schläfenbeine. — Barr: Zwei Fälle von plötzlich eingetretenem, hochgradigem Hörverlust beiderseits in Folge nervöser Ohraffection. — Schwabach: Zur Pathologie des Ohrknorpels. — Eitelberg: Gangrän der Ohrmuschel. — Kuhn: Ein Fall von partieller Ablösung der Ohrmuschel. — Kuhn: Trepanation des Warzenfortsatzes. Tod durch Jodoform. — Kuhn: Granulom mit Haaren im Gehörgang. — b) Rhinologische: Tornwaldt: Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraum-Krankheiten. — Fritsche: Die Albocarbon-Untersuchungslampe für Nase und Kehlkopf. — Tillmanns: Ueber todte Osteome der Nasen- und Stirnhöhle. — Woakes: Necrotisirende Ethmoiditis, ihr Zusammenhang mit der Entwicklung von Nasenpolypen, Ozaena etc. — Stokes: Predigers Halsweh und Nasenrachencatarrh. — Moore: Nasen- und Halskrankheiten. — James: Ersatz für Cocain. — Hopmann: Zur Operation und Statistik der adenoiden Tumoren des Nasenrachenraumes. — — Lublinski: Das sogenannte Eczem des Naseneinganges. — c) Pharyngo-laryngologische: Simanowsky: Ueber die Beziehung der Kehlkopfnerven zur Innervation der einzelnen Kehlkopfmuskeln. — Masini: Beitrag zur pathologischen Anatomie der Lepra im Larynx. — Parker: Ueber einige Complicationen der Tracheotomie. — Osborn: Das Nichtdurchschneiden der Pseudomembran durch die Canüle als grosse Gefahr bei der Tracheotomie. — Kidd: Käsige Drüse, die Trachea verstopfend und plötzlichen Tod bringend. — Petersen: Verstopfung der Trachea durch eine verkäste und gelöste Bronchialdrüse. Heilung nach Tracheotomie. — Kiesselbach: Zerstäuber medicamentöser Flüssigkeiten für den Kehlkopf. — Gentilhomme: Neue Methode der Cricotracheotomie mit Hilfe eines besonderen Instrumentes, welches zugleich als Conductor und Dilatator dient und mit dem Namen „dilatirende Hohlsonde" belegt werden kann.

Beiträge oder Referate beliebe man an Herrn Prof. Dr. Weber-Liel in Jena (z. Z. auf Urlaub in Mallendar bei Vallendar a. Rh.) einzusenden; ebenso alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive, Separat-Abdrücke und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan, Berlin SW., Alte Jacobstr. 6.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Burow** (Königsberg i. Pr.), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Klesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. Jos. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität, Ohrenarzt d. Allg. Krankenhauses in **Wien**

Dr. J. M. ROSSBACH
o. ö. Prof. d. spec Pathol. u. Therap. u. Vorstand der medicin. Klinik an der Universität in **Jena**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in **München**

Dr. L. v. SCHRÖTTER
Prof. u. Vorstand d. Klinik für Halskrankh. an der Universität in **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität in **Breslau**

Dr. WEBER-LIEL
Prof. f. Ohrenheilk. u. Vorstand d. Ohrenklinik an der Universität in **Jena**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XIX. **Berlin, November 1885.** **No. 11.**

I. Originalien.

Vicariirende Ohrenblutungen mit vorübergehender Taubheit combinirt.*)

Von

Dr. **E. Stepanow** in Moskau.

Unter den Ohrenblutungen nehmen eine ganz eigenthümliche Stelle die sog. vicariirenden Blutungen ein, die in Folge der Anomalien oder Sistirung von Menses sich einstellen. Bis jetzt erregten sie wenig die Aufmerksamkeit der Ohrenärzte, und in der Mehrzahl der neuen Handbücher (Tröltsch, Politzer, Schwartze, Hartmann etc.) ist von ihnen gar keine Rede. Urbantschitsch**) erwähnt einen Fall von Jacoby, wo der Zusammenhang der Ohrenblutungen mit dem Anfang der Menses erwiesen wurde. In der zweiten Auflage seines Buches (s. 208) notirt er auch Blutungen bei Anomalien und zur Zeit der Menses, und führt die Literatur an, die mir zum Theil nicht zugänglich war.

In dem unlängst erschienenen Buche Gellé's***) fand ich eine

*) Nach einem Vortrag, geh. in der Physico-Med. Gesellschaft in Moskau, 16. Septbr. d. J.

**) Lehrb. d. Ohrenheilk., I. Aufl., S. 297.

***) Precis des maladies de l'oreille, S. 70.

kurze Bemerkung über zwei Fälle von vicariirenden Ohrenblutungen, aber ohne weitere Auseinandersetzungen.

Am 2. internationalen otolog. Congresse in Mailand theilte Dr. Benni (Warschau) 4 Fälle von vicariirenden Ohrenblutungen mit darauffolgender Entzündung des Mittelohres mit; leider weiss ich darüber nur aus dem kürzlichen Referate im Arch. f. Ohrenhk. (Bd. XVI).

In der 2. No. von „Ann. des mal. de l'oreille etc." d. J. veröffentlichte jüngst Menière einen interessanten Artikel: „De l'influence de la menopause sur les maladies de l'oreille", wo u. A. 3 Fälle von Ohrenblutungen bei Frauen, die sich in kritischer Periode befanden und von Mittelohreiterung behaftet waren, beschrieben sind; bei der ersteren war die Blutung einmal, bei der zweiten — zweimal und bei der dritten — jedesmal, wenn Menses fehlten. Bei dieser letzteren ist von M. während der Blutung eine Anschwellung von Ohrpolypen bemerkt worden.

Ausser otiatrischen existiren noch diesbezügliche Anzeigen, die von Neurologen herstammen. In der Reihe der anderen eigenthümlichen Erscheinungen der Hysterie nehmen jene vasomotorischen und trophischen Störungen, die zu vicariirenden und nicht vicariirenden Blutungen aus den Schleimhäuten (ziemlich oft) und aus der Haut (selten) führen, nicht den letzten Platz ein. Die Ohrenblutungen aber beobachtete man am seltensten. Ich habe Schmidt's „Jahrbücher", von Anfang dieses Journals, durchgesehen und konnte nur einen solchen Fall finden. So beschreibt Heusinger*) eine Hysterische, die vicariirende Blutungen aus Wangen, Brustwarzen, Händen etc. und u. A. zweimal aus den Ohren bot. — Vielleicht gehört hierher auch ein Fall von Huss**): „Crisis per hemorrhag. ex auribus". Bei einem 17jährigen Mädchen, das noch nicht menstruirte und an einem „Nervenfieber" und Congestion zum Kopfe erkrankte, erschien am 12. Tage der Krankheit eine sehr reiche Blutung aus dem linken Ohre, und dann, 2 Tage nachher, noch eine mässige Blutung aus beiden Ohren; in letzteren — und das ist von Wichtigkeit — waren keine Veränderungen vorhanden.

Zum Schluss muss ich noch einen Fall von Lange aus Schmidt's Jahrbüchern***) citiren: „Lange theilte die merkwürdige Beobachtung mit, wo nach Unterdrückung der Menstruation durch starke Erkältung ein monatlicher Blutfluss aus dem Ohre eintrat, wobei dasselbe durch Blut und Ohrenschmalz so verstopft wurde, dass Taubheit entstand."

Das sind alle Anzeigen zur mich interessirenden Frage, die ich in dem engen Rahmen der mir zugänglichen Literatur finden konnte. Es erhellt aus ihnen, dass, wenn auch das Existiren der vicariirenden Ohrenblutungen keinem Zweifel unterliegt, doch aber über die Art und Stelle derselben in den Fällen, wo Blutung bei anscheinlich normalem Zustande des Ohres eintrat [s. Fälle von Huss, Heusinger (?), Lange (?)], noch Manches zu erklären bleibt, und zwar:

1) Woher fliesst das Blut — aus dem Gehörgange, aus dem Trommelfelle oder aus dem Cav. tympani durch den Riss des Trommelfells; 2) ob dabei etwaige pathologische Veränderun-

*) Medicinisch-klin. Bericht aus Marburg. — Schmidt's Jahrb., Bd. IX.
**) Medic. Beobachtungen aus d. k. Seraph.-Hospital zu Stockholm (1836). Schmidt's Jahrb., Bd. XXII.
***) Schmidt's Jahrb., Bd. VII, S. 161.

gen vorkommen oder das Blut aus anscheinlich gesunden Geweben (wie aus der Haut bei sogen. „Stigmata") austritt und 3) ob bei so grosser Perturbation der Circulation im Bereiche des Gehörorgans keine Erscheinungen seitens des schallpercipirenden Apparates vorkommen?

Die Seltenheit der vic. Ohrenblutungen überhaupt und besonders die Beständigkeit, Regularität und Combination derselben mit Taubheit in meinem Falle einerseits; und die Möglichkeit, die ich hatte, in gewissen Grenzen die soeben hervorgehobenen Fragen auseinanderzusetzen, andererseits, veranlassen mich, folgende eigene Beobachtung zu veröffentlichen:

El. Jack., 17 J. alt, trat am 11. April d. J. in das Alt-Katharinen-arbeitsspital in Moskau, in die chirurgische Abtheilung meines Collegen Dr. Kusnetzow wegen eines oberflächlichen Geschwürs an der inneren Fläche des rechten Schienbeins und periodischer Blutungen aus den Ohren ein.

Die Kranke stammt aus gesunder Familie und hat bis zu ihrem 13. Jahre keine Krankheiten überstanden. Ihr Bruder und ihre zwei Schwestern sind von irgend welchen Erkrankungen frei. Die erste Menstruation erschien im 13. Jahre. Etwa 2 Monate vor derselben wurde an der Kranken eine langdauernde und sehr schmerzhafte Operation des Herausnehmens einer Nadel aus der linken Hand (ohne Chloroformnarcose) ausgeführt. Aus Schmerz und Furcht fiel die Kranke in Ohnmacht, die fast 24 Stunden dauerte. Die daraufhin erschienene erste Menstruation war von sehr stürmischen Nervenerscheinungen begleitet, so dass fast eine Woche die Kranke zu Bett lag und, nachdem sie sich erholt hatte, bemerkte sie Lähmung und Anästhesie beider Beine. Nach einigen Monaten ging die Lähmung nach und nach vorüber; die Anästhesie aber verweilte noch einige Zeit und verschwand plötzlich. Seither und bis jetzt hatte die Kranke nie wieder Menses. Anstatt deren fingen nun von Zeit zu Zeit Blutungen zuerst aus beiden, dann immer und fast ausschliesslich aus dem linken Ohre an zu erscheinen; dieselben dauerten gewöhnlich 1—2 Tage und wurden von Athemnoth, Herzklopfen und Schmerzen in der Herzgegend begleitet. Von Zeit zu Zeit kamen diese Beschwerden auch zwischen den Ohrenblutungen. Seit 1 Jahre verstärkten sich die letzteren und fingen an, in fast regelrechten monatlichen Perioden zu erscheinen.

Die Kranke ist von mittlerem Wuchse; ihr Knochengerüst ist gut entwickelt; das Unterhaut-Fettgewebe ist reich, so dass die Kranke üppig und gut genährt aussieht; in der That aber ist sie schwächlich und blutarm, und ihre Schleimhäute sind augenfällig blass. Appetit ist vermindert, und sie leidet immer an Verstopfung. Die Athmungs- und Circulationsorgane ohne Abweichungen. Die gynäcologische Untersuchung aus verschiedenen, von mir nicht abhängenden Ursachen, wurde nicht ausgeführt. Der Harn ist frei von Zucker und Eiweiss. Nach starken Herzklopfenanfällen sistirt oft die Harnabsonderung 1—2 Tage, oder vermindert sich bis zu 200 Cbctm. per Tag. — Von Seite des Nervensystems bietet die Kranke sehr viele Anomalien dar. So leidet sie zeitweise an Kopfschmerzen, besonders vor den Ohrenblutungen; zeitweise bemerkt man bei ihr sehr schwere Anfälle von Herzklopfen und Schmerzen im Herzgebiete, oft mit Athemnoth; das sind Attaken, die eine wahrhafte „crux" für Aerzte und für die Kranke selbst sind. Zuweilen stellt sich

während des Anfalls tonischer Krampf der Beuger des linken Arms und des Beins mit Erstarrungsgefühl in den Fingern ein. Dazu muss ich noch Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule und Anästhesie beider Unterbeine (bis zur Hälfte) notiren.

Seit der Aufnahme der Kranken und bis jetzt (d. i. mehr als 5 Monate) beobachtete man die Ohrenblutungen sechsmal, und allemals aus dem linken Ohre; ausserdem blutete es einmal aus dem rechten Ohre, dabei nahm auch das Gehör ab, sowie auch aus der Nase und dem Mund; endlich, zum letzten Mal, nach Aussagen der Kranken, floss das Blut aus den Augenwimpern.

Die Dauer und die Daten der Blutungen sind aus folgender Tabelle ersichtlich:

Die erste	Blutung	(24.—25. April)	dauerte fast	2	Tage,
„ zweite	„	(19.—24. Mai)	„ „	6*)	„
„ dritte	„	(3.—5. Juni)	„ „	3	„
„ vierte	„	(29. Juni bis 2. Juli) . .	„ „	4	„
„ fünfte	„	(4.—5. August)	„ „	1	„
„ sechste	„	(30. Aug. bis 1. Septbr.)	„ „	2	„

Die freien Zwischenräume gleichen sich in chronologischer Ordnung: 23, 9, 24, 32, 24 Tage.

Das klinische Bild der Entstehung und der Entwickelung der Blutungen ist immer ganz dasselbe; drum ist es genug, es einmal zu schildern, um über alle eine richtige Vorstellung zu geben. Vorher aber will ich die Resultate der Untersuchung des Gehörorgans, die zuerst zwischen der 1. und 2. Periode ausgeführt wurde, mittheilen.

Rechts: Das Gehör ist normal. Trommelfell zeigt nur eine kleine Trübung in der Mitte. Manubrium mallei und Lichtreflex sind gut ausgeprägt.

Links: Das Gehör ist sehr gut, aber schwächer als rechts. Das Flüstern hört die Kranke nur in einer Entfernung von 7 Fuss. Manubrium mallei tritt nicht zu scharf vor; Pr. brevis ist gut ausgeprägt. Eine mässige centrale Trübung des Trommelfells. — In den Ohrengängen sind keine Veränderungen vorhanden, nur an der hinteren Wand links, in der Nähe des Trommelfells, sieht man Blutschörfchen; nach deren Entfernung trat das Blut nicht hervor.

Die Knochenleitung für Taschenuhr und für Kammerton a′ ist rechts besser, als links. Im Augengrunde keine Anomalien.

Im Nasenrachenraume chronischer Catarrh; im Halse nur Pharyngitis granulosa chronica.

Es gehen gewöhnlich der Ohrenblutung eine mehr oder minder lange Zeit (bis zu 24 Stunden) Prodrome voran, und zwar: ein stark stechender Schmerz, ein stufenweises Abnehmen des Gehörvermögens links mit Schwindel und allgemeiner Schwäche, so dass die Kranke weder ihr Bett verlassen, noch darin sitzen kann. Die Untersuchung in Prodromalstadio (16 Stunden vor der 2. Blutung) erwies Folgendes:

Starkes Abnehmen des Gehörs links; die Kranke versteht das Flüstern nicht, selbst ganz nahe dem Ohre; die Taschenuhr, die Kammertöne c^4, c^3, a′ hört sie nicht, weder durch Luft-, noch durch Knochenleitung;

*) Zwei Pausen von fast einem Tage einschliessend.

c^3 mit dem Resonator sehr schwach; g sehr schwach durch Luft- und garnicht durch Knochenleitung (Warzenfortsatz). Von der Mittellinie des Schädels hört sie die Kammertöne rechts.

Das otoscopische Bild der Ohren ohne Veränderungen. Tuba Eustachii beim Catheterisiren durchgängig, und die Trommelhöhle leer. Das Gehörvermögen und die subjectiven Ohrgeräusche nach der Luftdouche unverändert. Beim Druck auf die Carotis vermindert sich das Ohrgeräusch, doch der Schwindel wird stärker. Nach den Aussagen der Kranken ist ihr Ohrgeräusch dem der Wassermühle ähnlich. Die Venen des Augengrunds links scheinen dicker, als die des rechten. — Die Blutung erschien diesmal (2. Periode) am Morgen früh, und während der ersten Viertelstunde floss das Blut fast stromweise; dann sonderte es sich langsam und zeitweise ab. Der Blutverlust während jeder Periode ist colossal, und, nach den Aussagen der Nachbarinnen der Kranken, übertrifft er unvergleichbar jenen, welcher bei normaler Menstruation sich ausscheidet. Nach der Reinigung des Ohres fand ich zu meinem Erstaunen weder im Gehörgange, noch am Trommelfelle, mit Ausnahme einer schwachen Maceration der Gewebe, gar keine Veränderungen; selbst von Hyperämie irgendwo waren keine Spuren vorhanden. Der Warzenfortsatz ist auf Druck empfindlich. Dem Catheterismus nach zu schliessen, war die Trommelhöhle leer; kein Perforations - Geräusch. In der Nase und dem Nasenrachenraum auch keine Spuren von Blut. Das Gehör links ist nun ganz aufgehoben, soweit dies bei Intactheit des anderen Ohres nachgewiesen werden konnte. Um aber zu eruiren, woher die Blutung ihren Ursprung nähme, bemühte ich mich, den Moment des Blutaustritts zu bemerken, stiess aber, wider Erwartung, auf folgendes sehr curioses, doch unüberwindliches Hinderniss: Während ich auf die Blutung wartete, mit dem Spiegel in der Hand, blieb der Gehörgang leer und blutfrei; sowie ich aber meine Untersuchung auf einige Minuten aufhob, fand ich nachdem den Gehörgang mit Blut überschwemmt. Ich muss gelegentlich bemerken, dass jeder Verdacht auf Simulation in diesem Falle auszuschliessen ist, denn zuweilen geschah es auch so, dass das soeben gereinigte Ohr sich mit Blut füllte, bevor ich den Ohrtrichter einführen konnte. Solche Versuche wiederholte ich mehrere Male bei dieser und der folgenden Periode, doch immer erfolglos. Zuweilen zeigte mir die Kranke den Moment des Blutaustritts an, den sie nach Empfindung des Stechens im Ohre kennen gelernt hatte; dabei auch fand ich entweder schon das Blut im Gange, oder er blieb frei. Nur ein einziges Mal bemerkte ich eine Gruppe von fast microscopisch kleinen Blutpünktchen an der hinteren Gehörgangswand, an eben derselben Stelle, wo ich fast immer Blutcoagula sah; doch kam die Blutung nicht weiter. Die soeben angezeigte Stelle erwies sich als sehr empfindlich bei Sondenberührung.

Wie es auch sein mag, jedenfalls unterliegt es keinem Zweifel, 1) dass das Blut aus den Gehörgangswänden (und vielleicht aus dem Trommelfelle, obgleich Abwesenheit des Blutes in Cavo tympani dem widerspricht) bei gänzlichem Intactsein dieser Theile herausging; 2) dass es diesseits des Trommelfells und nicht aus der Trommelhöhle vorkam und 3) dass die Blutung von voller Anästhesie des Gehörorgans, Schwindel und Ohrgeräuschen begleitet war.

Mit dem Beginne der Blutung lassen die stechenden Schmerzen und Schwindel im Ohre nach; wenn sie mehr minder lange Zeit sistirt (zuweilen bis 24 Stunden), da erscheinen vor dem Retabliren derselben die Schmerzen wieder. Nach der Cessirung der Blutung verbessert sich das Gehör nach und nach, und in einigen Tagen kommt es zur Norm. Es wurde einmal nach der 2. Periode und bei noch sehr vermindertem Gehör von Dr. Roth, nach meiner Bitte, eine genaue electrische Untersuchung der Ohren ausgeführt (während der Blutung ist Untersuchung unausführbar des quälenden Zustandes der Kranken wegen). Es wurde dabei eine normale Formel und eine Verminderung der Reizbarkeit des linken Acustici im Vergleiche mit dem rechten constatirt. Eine andere Untersuchung beim relativ normalen Zustande der Ohren, erwies auch eine Torpidität des linken Acustici, doch eine kleinere als bei der ersten Untersuchung.

Die bis jetzt erzielten therapeutischen Resultate sind durchaus unbefriedigend. Gegen die oben beschriebenen Anfälle von Herzklopfen etc. sind fast alle Narcotica und Nervina ganz erfolglos angewendet worden. Zur Wiederherstellung der normalen Menstruation erwiesen sich auch Emmenagoga (Kali hypermanganicum, Aloe, warme Fussbäder) nutzlos.

Es wurden einmal in Prodromenstadio der 5. Periode Blutegel ad vulvam angesetzt; doch verhinderte diese Behandlung nicht nur das Auftreten von Schwäche, Schwindel, Taubheit etc., sondern verzögerte den Moment und verminderte die Dauer der Blutung.

Ohne Zweifel haben wir es bei der Kranken mit Hysterie zu thun. Auf der hysterischen Grundlage entwickeln sich die vicariirenden Blutungen leicht, besonders wenn Anomalien der Geschlechtsorgane bestehen. Warum sich hier die Blutung im Ohre localisirte, ist schwer zu entscheiden, um so mehr als die Kranke niemals ohrenleidend gewesen war. Was die Anästhesie des Gehörorgans betrifft, so halte ich sie für eine unmittelbare Folge der trophischen und vasomotorischen Störungen im Bereiche des Labyrinths, nicht aber für eine hysterische, und deshalb, dass sie stufenweise entsteht und so auch vorübergeht, und dass sie, sich oft wiederholend, nicht für das Gehör links spurlos blieb.

Was die Art und Weise des Blutaustretens betrifft, so kann man, bei Abwesenheit jeglicher Veränderungen, nur sagen, dass am wahrscheinlichsten die Blutung durch Diapedesis stattfindet, und dass, vielleicht nach Analogie mit sogen. „Stigmata“ bei Hysterischen*), keine untergeordnete Rolle dabei die Schmalzdrüsen des Ohrengangs spielen.

Die rationelle Therapie kann in diesem Falle nur eine antihysterische im weitesten Sinne dieses Wortes sein, unter der unerlässlichen Bedingung der exactesten Untersuchung des Genitalapparates der Kranken. — Vielleicht werden nach Beseitigung jeglicher Anomalie (wenn sie existirt) — Hysterie und vicariirende Blutungen von selbst vorübergehen.

*) Legrand du Saulle: Les hysteriques etc., 1883, S. 153.

Aetzmittel und ihre Anwendung bei Ohren-, Kehlkopf-, Nasen- und Rachen-Krankheiten.

Von

Dr. **E. Baumgarten**, Specialist in Budapest.

Die Galvanocaustik und die Chromsäure haben in den letzten Jahren den Lapis als Aetzmittel im Ohre, Kehlkopf, Nase und Rachen beinahe völlig verdrängt und nur dem einen Umstande, dass diese beiden Mittel als viel intensiver und rascher wirkend für einzelne Fälle nicht gewünschte Reactionen hervorrufen, dürfte der Lapis es zu verdanken haben, dass ihm noch immer für solche Fälle, wo dies eben gemieden werden muss, eine Sonderstellung eingeräumt wird. Die Galvanocaustik ist das souveränste Mittel der beabsichtigten Zerstörung, ist meist nur im Momente der Einwirkung schmerzhaft, wirkt schnell und so tief, so weit und so lange man es eben will. Schleimhaut, Knorpel und Knochen unterliegen dem glühenden Platin; aber eben diese glühende Platinspitze strahlt zu viel Wärme aus und in den engen Räumen der Glottis und der Trommelhöhle fällt dies zu Gunsten des Lapis und der Chromsäure stark in die Wagschale. Die Chromsäure wirkt auch prompt auf die Schleimhaut, sie ist schwächer in ihrer Wirkung als die Galvanocaustik, der Schmerz ist viel geringer, die an die Silbersonden angeschmolzenen Crystalle können in den engsten Höhlen an bestimmte Punkte gebracht werden und was die Chromsäure als ausgezeichnetes Mittel in unserem Wirkungskreis empfiehlt, ist, dass dieselbe mit einer Sodalösung sofort neutralisirt werden kann. Der Lapis verschorft nur die Oberfläche, ist schmerzhaft und verätzt in Wochen oft nicht so viel, als man mit dem einmaligen Aufglühen des Galvanocauters erreichen kann. — Ein bisher für den Lapis geschütztes Terrain ist der Kehlkopf der Sänger. Was unterhalb der falschen Stimmbänder liegt, soll aber auch für gewöhnlich von anderen Aetzmitteln geschont bleiben, ich sage gewöhnlich, denn bei membranösen Verwachsungen, bösartigen Neubildungen, greifen wir gewiss nicht zum Lapis, aber bei den Stimmbandverdickungen, Sängerknötchen, Polypenresten etc. wird bald jeder Specialist dem Lapis den Vorzug geben. Die Chromsäure würde sich zwar besser eignen, doch entfällt in diesen Fällen uns die Macht, durch rasche Neutralisation die Umgebung zu schützen, denn, trotzdem mit Cocain eine vollständige Anaesthesie erzielt wurde, gelingt es nie, nach der Cauterisation die Sodalösung einzuspritzen. Man müsste nur noch einmal mit Cocain pinseln, aber dann ist es bereits zu spät, denn unmittelbar nach der Aetzung wird ein Theil der angeschmolzenen Chromsäure gelöst und dadurch die Umgebung geätzt. Hat man noch so wenig an die Sonde angeschmolzen und nur die betreffende Stelle berührt, dennoch genügt schon ein kleiner Tropfen der gelösten Säure, wenn er z. B. auf die Schleimhaut der Trachea fällt, einen solchen Reiz auszuüben, dass man weder frisch pinseln, noch weniger aber mit der Kehlkopfspritze die Wirkung neutralisiren kann. Noch gefährlicher ist es hier, mit dem Galvanocauter zu arbeiten. Ist der Larynx noch so gut anästhesirt und hat man mit dem gracilesten Schech'schen Brenner geätzt, so schwebte man immer in Gefahr, dass durch eine kleine Bewegung des Kopfes, ja nur durch ein stärkeres Exspirium das gesunde Stimmband einen Gedenkzettel für immer bekommt. Ich sah einen Fall,

wo so ein Polypenrest am Stimmbandrande meisterhaft geätzt war, aber das andere Stimmband einen minimalen Substanzverlust an der gegenüberliegenden Stelle zeigte, und um die Stimme dieses Sängers war es eben geschehen. Ich leugne nicht, dass es in vielen Fällen glatt ausgehen kann, aber wie vieles sicherer ist man mit der in beliebiger Grösse an eine bestimmte Stelle der Silbersonde angeschmolzenen Lapisperle. Ich lasse es mich daher nicht verdriessen, in diesen Fällen den Lapis als Aetzmittel auch fernerhin zu gebrauchen, wenn auch oft eine zwei- bis dreimalige Anwendung nöthig ist, um auch nicht einmal eine üble Nebenwirkung zu erzielen.

Ein zweites Wirkungsrayon möchte ich noch für den Lapis vindiciren; es sind dies jene Fälle, bei denen man bei Zerfall der Gummata die Ränder ätzt. Dies geschieht ja nur, um möglicher Weise eine Ausbreitung des Ulcus zu verhindern, durch die Demarcationslinie dem Weiterschreiten eine Grenze zu setzen. Doch wird leider von unkundiger Hand nicht nur mit dem Lapisstifte erbarmungslos in die Tiefe gebohrt, sondern es werden zu diesem Manöver auch noch die intensiver wirkenden Aetzmittel verwendet, so dass es den Anschein hat, als ob Aetzmittel und das Gumma als Verbündete für die Vergrösserung des Defectes arbeiten würden; um dies zu verhüten, darf man, besonders bei Gummata des Gaumendaches, neben der eingeleiteten antiluetischen Behandlung und Desinfection der Geschwüre nur ganz leicht über die Ränder mit der Lapisperle streichen. Aber dies ist auch Alles, weshalb der Lapis nicht ad acta gelegt werden darf.

Aerzte, die neue und gute Batterien haben, brennen Alles mit dem Galvánocauter, diejenigen, deren Batterien oft den Dienst versagen, schwärmen für die Chromsäure, obwohl diese die erstere nicht ersetzen kann. Die Galvanocaustik bedarf keiner Empfehlung mehr und Lobpreisung für Anwendung zur Aetzung in der Nase und in den Rachenräumen und nur der erwähnte Umstand, dass durch die Wärme der glühenden Platinspitzen beim Gebrauche in der Trommelhöhle oft unangenehme Nebenreactionen auftreten, hat selbst die grössten Verehrer veranlasst, dieselbe nur seltener im Ohre zu gebrauchen und hier der Chromsäure den Vorzug zu geben. Besonders ist dies der Fall bei den Patienten im kindlichen Alter, bei denen der Gehörgang an und für sich schon sehr eng ist, und nach Cauterisation bedeutend öfter als bei Erwachsenen nachträglich sehr schmerzhafte Entzündungen des äusseren Gehörganges auftreten. Fernerhin kommt auch jener Umstand in Betracht, dass man den Kopf der Kinder sowie der sehr furchtsamen Erwachsenen, da man sich nicht gern entschliesst, für eine so geringe Operation zu chloroformiren, niemals so fest fixiren kann, um nicht ein oder das andere Mal, wenn Patienten sehr unruhig sind, das Promontorium oder die knöcherne Gehörgangswand zu verletzen, wenn man auch noch so schnell den Knopf des Cautergriffes auslässt. Deshalb ist es rathsamer, die Chromsäure bei diesen Patienten in Anwendung zu bringen, die Granulationen, Polypenreste sind ja so wie so nicht gross, und sind Patienten noch so unruhig, gelingt es doch mit der angeschmolzenen Chromsäureperle, die betreffende Stelle zu berühren, mit der in Bereitschaft gehaltenen Sodalösung die Schmerzen durch Einspritzen zu stillen und alles Ueberschüssige zu neutralisiren. Die Erfahrungen über die Wirkung des Cocains sind auch verschieden und, obwohl man durch Cocain, wenn das Trommelfell per-

forirt ist, vollständige Anaesthesie erzielen kann, gelingt es doch nicht, die verwöhnten Kinder und furchtsamen Erwachsenen dazu zu bringen, sich ruhig zu halten, da ausser dem Schmerze auch Ungezogenheit und Angst im Spiele sind. Man kommt mit der Chromsäure auch schnell zum Ziele; will man stärker ätzen oder cariöse Stellen zerstören, so leistet die von Weber-Liel empfohlene Methode der Aetzung mit Schwefelsäure, die man mittelst Sonde oder kleinem Wattebäuschchen leicht an die betreffenden Stellen bringen solle, ausgezeichnete Dienste, wie ich dies bei zwei Kindern zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Chromsäure verwende ich bei genannten Patienten auch in der Nase und im Nasenrachenraume. Wenn der Nasengang eng ist, der Muth des Patienten gering, so kann man, wenn man noch so vorsichtig ist, besonders, wenn das Septum zur betreffenden Seite geneigt ist, kaum verhüten, dass auch dieses gebrannt wird, was ziemlich schmerzhaft und überflüssig ist. Mit schwächeren Aetzmitteln, wie z. B. mit Lapis, zu ätzen, ist nur verlorene Zeit, während, wenn die Galvanocaustik angewendet werden kann, man die schnellsten Erfolge aufzuweisen in der Lage ist.

Weniger Wärme erzeugt wegen ihrer kleineren Fläche die galvanocaustische Schlinge, und diese kann im Ohre bei Erwachsenen füglich angewendet werden. Sie eignet sich zur Entfernung maligner Neubildungen, die zwar trotz langsamer Abglühung dennoch bluten, und man fast immer nachher tamponiren muss. Eine andere Gelegenheit zur Verwendung bietet das Ausbrennen von Verkalkungen am Trommelfelle behufs Gehörverbesserung. Auch diese pflegt man mit dem spitzen Platinbrenner auszubrennen, doch geht es viel schneller, wenn man eine Schlinge nimmt, dieselbe so gross macht wie die Verkalkung, die Schlinge dann rechtwinklig abbiegt, kalt an die Verkalkung anlegt, dann erglühen lässt, dass mit einem Male letztere von der Schlinge gleichsam wie umschnitten wird. Der Schmerz ist ein mässiger, da diese Trommelfelle meist weniger empfindlich sind und bedauerlich ist es nur, dass die meist unmittelbar nachher erfolgten Hörverbesserungen keine bleibenden sind. Selbst zur Aetzung von Granulationen gebrauche ich die so abgebogene Schlinge in der Grösse eines Stecknadelknopfes, nachdem ich diese bis zur Berührung der Drähte zusammendrückte.

Es ist schon lange der Wunsch der Specialisten, zur Entfernung der hypertrophischen Tonsillen allein den Galvanocauter zu gebrauchen und Messer sowie Guillotine zu verdrängen. Wenn wir an dieser Bemühung scheiterten, so geschah dies blos deshalb, weil das Verfahren der Cauterisation bis zur endgiltigen Zerstörung 3—4 Wochen dauerte, daher ist die Guillotine noch dominirend, obwohl die meisten Autoren die von Michel eingeführte Operationsmethode als sehr rationell begutachteten. Um schneller fertig zu werden, versuchte man mit ungedeckten und gedeckten Schlingen zu arbeiten, erstere rutschten ab und bei beiden kamen Blutungen zu Stande, da der Draht schneller die Tonsille durchschneidet, als er an der Schnittfläche den Schorf setzt. Man verliess die Schlingen bald, denn die Verhinderung der Blutung war es ja, welche die Galvanocaustik empfehlen sollte. Jetzt macht man mit dem Spitzbrenner multiple Einstiche; die so behandelten Theile der Tonsille mortificiren, und in jedem Falle, wenn auch langsam, erreicht man ohne Schmerzen, ohne Blutung und Berufsstörung sein Ziel. Es machen sich immer mehr Stimmen geltend, die Galvanocaustik zu gebrauchen, denn es ist nicht

nöthig, dass eine lebensgefährliche Blutung, bei der unterbunden werden muss, uns veranlasst, für die Galvanocaustik einzutreten, sondern die vielen Fälle, die mitgetheilt sind, wo nur 1—2 Stunden lange, durch Compression gestillte Blutungen auftraten, aber die meist in der Pubertät stehenden Mädchen nachträglich Monate lang an verschiedenen anämischen Erscheinungen zu leiden hatten. Ich übe seit einiger Zeit, mit Ausnahme bei den wilden Kindern, bei denen das Tonsillotom verwendet wird, eine Methode, mit der ich bedeutend schneller zum Ziele gelange, als früher, obwohl ich zugeben muss, dass es noch immer zu lange dauert. Wenn auch bei kleineren Hypertrophien eine zweimalige Cauterisation in einer Woche, bei den grösseren eine drei- bis viermalige in zwei Wochen nöthig ist, so bin ich doch schon mit dieser Zeitdauer zufrieden, da alle Patienten sich freuten, ohne Schmerzen und ohne Blutung von den hypertrophischen Tonsillen befreit zu sein. Im acuten Stadium der Entzündung soll auch nicht cauterisirt werden, sondern man warte ab, bis dies vorbei ist; die grauweissen derben Tonsillen sind für die Cauterisation unempfindlich und bluten bei der Operation gar nicht. Wenn man absieht, dass beim ersten Erglühen Patienten meist durch das Zischen erschrecken und im Momente nicht wissen, ob es schmerzte oder nicht, muss man zugeben, dass es wenige Operationen giebt, die man leichter, gefahrloser so ohne Blutung ausführen kann und dabei so eclatante Erfolge aufweisen kann. Patient muss sich selbst den Türck'schen Zungenspatel halten, was er nach ein- bis dreimaliger Uebung erlernt, sind aber Patienten sehr reizbar, bekommen sie beim Herabdrücken der Zunge Brechneigung, so genügt eine feste Einpinselung einer 10 proctgn. Cocainlösung, um auch dies Hinderniss aus dem Wege zu schaffen. Ich gebrauche einen Spitzbrenner mit der Schneide nach unten, oder besser noch, ein spitzes galvanocaustisches Messerchen, und brenne langsam von der Höhe der Tonsille, parallel dem Rande des Arcus palatoglossus, 3 bis 4 Mm. von diesem nach unten, indem ich die ganze Platinspitze im Parenchym erglühen lasse. Durch den Druck, den ich ausübe, wird die Tonsille mit dem weichen Gaumen nach unten gezogen und kann bis unter die Zunge gelangen, um dies zu verhüten, drücke ich von unten einen kleinen Spatel, ich verwende dazu den Burckard-Merian'schen Spatel mit etwas Watte umwickelt, leise entgegen, bis ich mit dem Brenner den Spatel berühre. Meist kann ich diesen Schnitt auf einmal ausführen und werde daran nur durch eine Schluckbewegung oder durch das Auslassen des Zungenspatels von Seiten des Patienten im ersten Momente des Zischens verhindert. Der Brenner muss in solch' einem Falle, damit der gesetzte Schorf nicht abgerissen werde, rothglühend herausgezogen werden, oder besser, man lässt den Knopf des Griffes aus und den Brenner im Parenchym, und kann nachher, nachdem der Spatel gerichtet, wieder fortsetzen. Meist nehme ich den Brenner auf ein Zeichen des Patienten, das früher verabredet wurde, schnell glühend heraus und setze nachher von der Stelle, bis zu der ich früher gelangte, das Brennen nach unten fort. Das zweite Mal hielten selbst Kinder, Mädchen noch standhafter als Knaben, beinahe ausnahmslos gut. Nachdem ich den äusseren Rand so durchschnitten, lasse ich einige Secunden die Patienten ruhen; bei den reizbaren, nachdem die Wirkung des Cocains bereits verschwunden, erfolgt eine frische Einpinselung und dann brenne ich den inneren Rand der Tonsille, soweit nach hinten ich eben durch

das Schiefhalten des Instrumentes vermag, in derselben Weise durch, indem ich wieder von derselben Stelle der Höhe ausgehe wie das erste Mal, und trachte, so tief zu brennen, als die Platinspitze lang ist. Am meisten hinderlich nach hinten zu gelangen, ist die andere Tonsille, wenn sie ebenfalls vergrössert ist. Während man das erste Mal vorsichtig sein muss, ja nicht dem Arcus zu nahe zu kommen, kann man beim zweiten Schnitt ganz muthig vorgehen. Ist auch dieser vollendet, so mache ich je nach Grösse der Tonsille noch 2—3 solche Durchbrennungen in diesem so geformten Kugelausschnitte, jedesmal vom Vereinigungswinkel oben ausgehend senkrecht nach unten, tief eindringend und den kleinen Spatel entgegendrückend. Habe ich tief genug den Brenner eingesenkt, so fällt in 5—7 Tagen spätestens, doch oft schon am 4. Tage, der so begrenzte Kugelabschnitt heraus, und der früher der Rachenwand zugewendete Theil der Tonsille stülpt sich nach vorn. Sobald dies der Fall ist, wiederhole ich die Operation, indem ich wieder so von oben nach unten 2—3 Mal durchbrenne, womit die Operation meist schon vollendet ist, wenn es auch noch einige Tage dauert, bis sich auch dieser Theil abstösst. Sehr selten, wenn man nicht tief genug eindringen kann, bleibt dann noch ein Rest zurück, der übrigens auch von selbst später schrumpft. Bis zur vollständigen Heilung brauchen im Durchschnitte die kleineren Hypertrophien 8—10 Tage, die grösseren 14 Tage, was doch auch nach Tonsillotomie, wenn sich Wundbelag bildet, vorkommen kann. Ich will zuletzt noch auf ein kleines Hilfsmittel aufmerksam machen, womit man verhindert, dass die Leitungsdrähte der Batterie den Operateur stören, wodurch ein Assistent, der die Drähte halten soll, erspart wird. Ich mache zwei kleine Schlingen aus einem Bande und binde eine um den Vorderarm, die andere um das Handgelenk und ziehe die Drähte durch die Schlingen durch, worauf ich ungehindert cauterisiren kann.

Aus meinem Instrumentarium.

Von

Dr. med. **Victor Lange** in Kopenhagen.

Wenn ich mir in den folgenden Zeilen die Freiheit nehme, einige von mir construirte Instrumente zu beschreiben und Bemerkungen über ihre Anwendungsweise daran zu knüpfen, so muss ich gleich hervorheben, dass sie alle älteren Datums sind und dass sie sich mir bei mehrjährigem täglichem Gebrauche gut bewährt haben. In der Hoffnung, dass einige derselben auch bei den Herren Collegen gut aufgenommen werden mögen, will ich, um nicht missverstanden zu werden, gleich die Bemerkung vorausschicken, dass sie selbstverständlich nicht als vorzügliche und unübertroffene, sondern als brauchbare und nützliche Instrumente betrachtet werden müssen. Meine kleine Mittheilung hat ausschliesslich einen practischen Zweck; und sei es auch, dass der Werth solcher Mittheilungen verschieden hoch angeschlagen werden wird, können sie doch oft zu Verbesserung und neuen Ideen beitragen; besonders darin suche ich die Berechtigung für meinen Artikel.

Unter den vielen zum Gebrauche bei Operationen der Ohrenpolypen angegebenen Instrumenten nimmt noch heutzutage der von Wilde con-

struirte und genügend bekannte Schlingenschnürer einen hohen Platz ein. Dieser Ecraseur bietet auch unstreitbar viele Vortheile dar. Nichtsdestoweniger bleibt eine recht bedeutende Anzahl von Fällen übrig, in welchen dieses Instrument die gestellte Aufgabe, die Polypen und besonders die Vegetationen auf eine schonende Weise wegzunehmen, zu lösen nicht recht im Stande ist*). Dies kommt besonders daher, weil die Schlinge und der Stiel des Instrumentes in derselben Ebene liegen; in Folge dessen macht man entweder einen Kegelschnitt am Polypen, oder — wenn man Alles wegnimmt — reisst man den Polypen an seinem Ursprunge los, und schneidet also nicht, oder, wenn man bis in die Trommelhöhle hineindringt, läuft man Gefahr, unnöthige Schmerzen hervorzurufen. In der Regel bleibt also ein grösserer oder kleinerer Theil des Polypen zurück, und dieser Ueberrest wird mit den verschiedensten Mitteln behandelt. Jeder einigermassen beschäftigte Arzt weiss indessen, wie viel Zeit und Geduld die Aetzungen in Anspruch nehmen, wie sehr die Behandlung dadurch erleichtert wird, wenn man ein grösseres Stück der Geschwulst auf irgend eine andere Weise wegnehmen kann, aber auch wie grosse Schwierigkeiten die beschränkten Raumverhältnisse einem freien, bequemen und sicheren Operiren in der Tiefe des Ohres darbieten.

Um die Sache einfacher zu machen, die Wilde'sche Schlinge mit einem eben so sicher wirkenden Instrumente zu ersetzen und viele zeitraubende und schmerzhafte Aetzungen zu ersparen, habe ich die neben abgebildete Ringpincette (Fig. 1) construirt; ich brauche dieses Instrument schon seit 10 Jahren und kann nur aussagen, dass es mir alle die obengenannten Bedingungen erfüllt und vorzügliche Dienste geleistet hat. Wie die Figur zeigt, ist dies Instrument ganz wie die gewöhnliche knieförmige Pincette construirt; jede Branche trägt an ihrem Ende einen leicht ovalen, auf der innern Seite schneidenden Ring; je nach dem Bedarf wende ich eine grössere und kleinere Nummer an. Bei weiten Gehörgängen arbeitet man am besten ohne Ohrtrichter, indem man, wie gewöhnlich, das Ohr gut nach oben und hinten emporzieht. Bei grösseren Vegetations-

Fig. 1. 2/3 n. Grösse.

*) Mit dem Namen von Vegetationen bezeichne ich seit 1877 (s. meinen Aufsatz „Quelques remarques sur les polypes de l'oreille" in Annales des maladies de l'oreille et du larynx etc., No. 5, 1877) die im Gehörgange und in der Trommelhöhle aufschiessenden Granulationen und Polypen; ich habe daselbst hervorgehoben, dass der zwischen diesen Geschwülsten gewöhnlich gemachte Unterschied sehr oft ziemlich incorrect und jedenfalls unpractisch sei; ich habe besonders deshalb den Namen vorgeschlagen, um zu verhüten, dass man den Polypen zu grosse, den Granulationen zu geringe Bedeutung zuschreibt. Uebrigens habe ich in der letzten Zeit denselben Namen bei verschiedenen Verfassern getroffen, u. A. bei Vittorio Grazzi und E. de Rossi. Gelegentlich will ich nur beifügen, dass ich am angeführten Orte vom Gebrauche des scharfen Löffels und des Jodoforms einige Bemerkungen hervorgeführt habe.

massen, die z. B. bis zum Isthmus reichen, schiebt man die Branchen auf beiden Seiten der Geschwulst tief hinein, indem man sich jedoch davor hütet, zu weit vorzudringen, weil das Operiren in der Tiefe des Gehörgangs wegen der mangelhaften Controlle leicht zu unsicher wäre. Man ist oft darüber erstaunt, wie grosse Theile der Geschwulstmasse man auf diese Weise wegnehmen kann. Die Ueberreste derselben operirt man eigentlich schichtweise, indem man jedesmal erst mit einer Sonde untersucht, wie tief man eingedrungen ist, wie dicke Vegetationsmasse noch übrig ist, ob vielleicht lose Knochenstückchen zu fühlen sind u. s. w.

Es versteht sich von selbst, dass von einer schmerzlosen Operation durchaus die Rede nicht sein kann, und bei sehr sensiblen Kranken, besonders bei Kindern, muss man oft die Narcose benutzen. Ob das neue locale Anästheticum, Cocainum muriaticum — wenn es billiger wird — die universelle Anästhesirung überflüssig machen könne, steht wohl noch dahin. Meine Versuche mit 10 pctg. wässeriger und alcoholischer Lösung dieses viel gepriesenen Mittels haben mir keine günstige Resultate gebracht.

Um nicht missverstanden zu werden, muss ich gleich hinzufügen, dass man in der grossen Procentzahl der Fälle ebenso wenig mit meiner Ringpincette, als mit irgend einem anderen Instrumente Alles wegnehmen kann; in der Regel bleibt noch ein kleiner Rest zurück, der sich mit grösseren Instrumenten überhaupt nicht fassen lässt. Der Rest der Geschwulst muss daher mit den verschiedenen Aetzmitteln behandelt werden. Um indessen dem Ursprunge der Vegetationen oder Polypen so nah als möglich zu kommen und dadurch einige Aetzungen zu ersparen, habe ich seit einigen Jahren ein zangenförmiges Instrument gebraucht. Wie Figur 2 zeigt, enden die Branchen je mit einem kleinen, scharfen Löffel, der ganz kleine Vegetationen wegzunehmen im Stande ist. Das Instrument ist so schlank gebaut, dass es durch einen gewöhnlichen Ohrtrichter sehr bequem eingeführt werden kann und einen so geringen Platz einnimmt, dass das Auge den Bewegungen desselben genau zu folgen vermag. Dass ein solches Instrument in der Ohrenheilkunde noch für weitere Zwecke brauchbar ist, versteht sich von selbst.

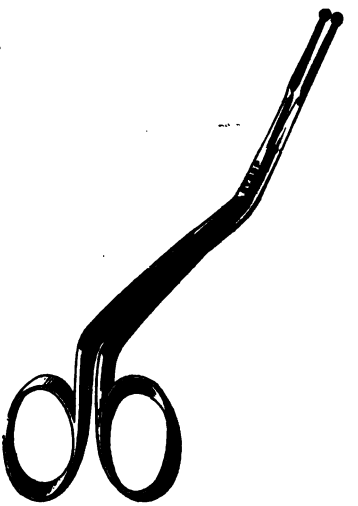
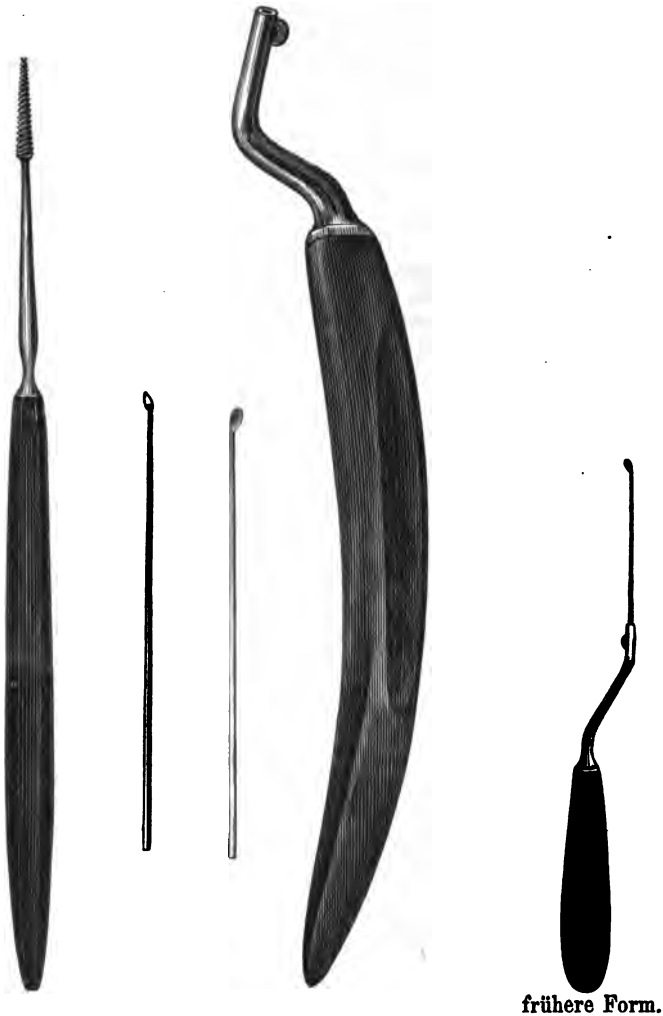


Fig. 2. 1/2 nat. Grösse.

Figur 3 stellt ein bohrerförmiges Instrument dar, welches zur Entfernung einiger Arten von Fremdkörpern im Gehörgange bestimmt ist. Es wird besonders dort eine Anwendung finden, wo das Corpus alienum nicht zu hart und dasselbe so fest eingekeilt ist, dass eine Verschiebung während der Bohrung unmöglich ist. In den Fällen, wo ein Instrument für das Wegnehmen des Fremdkörpers erforderlich ist, wird jedenfalls dieses mit einem doppelten Schraubengang versehene Instrument versucht werden können.



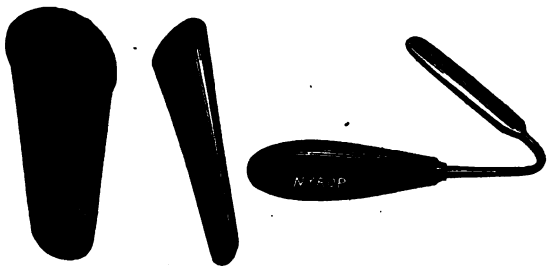
frühere Form.

Fig. 3, n. Gr. Fig. 4a, nat. Grösse. Fig. 4b, 1/2 n. Gr.

Fig. 4a zeigt ein von mir in recht vielen Fällen zur Paracentese des Trommelfells gebrauchtes Instrument. Ausser den gewöhnlich gebrauchten Messern habe ich auch solche mit winklig gebogener Spitze — wie Jäger's gebogene Lanze — machen lassen. Die gebogene Form bietet den Vortheil dar, dass das Auge den Bewegungen des Messers in der Tiefe des Gehörganges leichter folgen kann; in den soliden Handgriff, der sicher in der Hand liegt, wird man natürlicherweise sehr gut die von den Ohrenärzten angegebenen Instrumente, z. B. scharfe Löffel, Politzer'sche Ringmesser u. s. w., einsetzen können.

Bei der Rhinoscopia anterior werden bekanntlich sehr verschiedene

Dilatatores narium gebraucht; die Branchen sind entweder gefenstert oder solide. Fast alle entsprechen der Anforderung: einen guten Einblick in die Cavitates nasi zu verschaffen. Dem practischen Arzte, der nicht jeden Tag die Gelegenheit findet, ein grössere Anzahl von Nasen zu untersuchen und sich auf die Weise eine leichte und sichere Handhabung solcher Dilatatoren zu erwerben, werden einige unter diesen nicht recht



nat. Grösse. ½ n. Gr. ⅓ nat. Grösse.
Fig. 5a. Fig. 5b.

bequem sein. Eben für die weniger Geübten betrachte ich den oben abgebildeten Nasentrichter aus Hartkautschuk (Fig. 5a) als ganz practisch. Mit Oel, Vaseline oder ähnl. Fettstoffen beschmiert, gleitet der Trichter leicht in das Nasenloch und zwar ziemlich tief hinein, und bietet in der Mehrzahl der Fälle einen hinreichend freien Einblick in die Nasenhöhlen. Es versteht sich von selbst, dass die grösseren Nummern des Trichters in den Fällen nicht geeignet sind, wo man eine dicke, gegen die Scheidewand hervorspringende, Schleimhautgeschwulst, oder ähnliche pathologische Zustände findet. Durch die grösseren Nummern führt man sehr bequem eine ziemlich grosse Schlinge, so dass sie auch beim Operiren — wie ich täglich übe — Anwendung finden können. Auch lassen sich die Trichter leicht und schnell ausnehmen, was ab und zu eine Rolle spielt. Ich habe sie in verschiedener Länge und Breite machen lassen; sie sind billig, leicht zu reinigen und zu desinficiren, wie Kautschukinstrumente überhaupt.

Der zweite, oben abgebildete (Fig. 5b), Dilatator mit einer Branche, wird in den Fällen Anwendung finden können, wo man beabsichtigt, die Ala nasi gut nach aussen zu halten, ohne dass die Scheidewand gleichzeitig einem stärkeren Druck ausgesetzt wird.

Bei der heute fast überall üblichen Ecrasirungs-Methode der Nasen-Polypen finden verschiedenartige Schlingenschnürer Anwendung. Ich arbeite seit mehreren Jahren mit dem neben abgebildeten (Fig. 6), dem ich eine Bajonnettform gegeben habe; in einzelnen Fällen ist mir für die rechte Nasenhöhle eine Biegung des Schnürers in umgekehrter Richtung practisch gewesen. Ich wähle am liebsten kürzere Instrumente; nur für die hinteren Theile der Nasenhöhlen habe ich

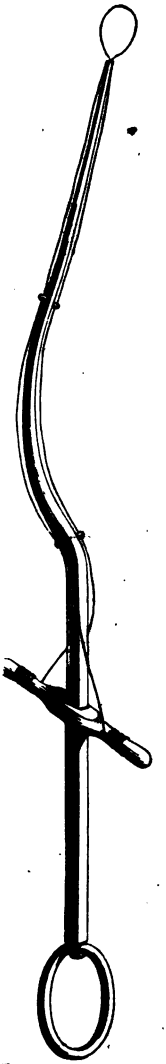


Fig. 6, ⅔ n. Gr.

grössere Nummern. Um rasch operiren zu können, wird eine gewisse Anzahl von Ecraseurs nothwendig sein. In der jüngsten Zeit hat Dr. Krause-Berlin (siehe Monatsschr. für Ohrenheilk. No. 4, 1885) einen Schlingenschnürer mit leicht stellbarem Draht angegeben. Mir gefällt am meisten der silberähnliche Kupferdraht No. 8, der fast überall zu haben ist (ich habe solchen in Freiburg i. Br. bei Herrn Kümerle gekauft).

Bei dieser Gelegenheit möchte ich mir über den Gebrauch der Bezeichnung „Abschnüren oder Ecrasement" einige Bemerkungen erlauben. Die gewöhnlichen Schlingenschnürer wirken in der Mehrzahl von Fällen als Schnürer sensu strictiori eigentlich nicht. Nur die weichen und besonders die gestielten Polypen lassen sich mit der Schlinge zertheilen; wenn das Gewebe einigermassen fest oder derbe ist, wird man nur mit grosser Kraftverwendung und dicken Drähten die Polypen beim Ursprunge durchschneiden können, was ausserdem den Nachtheil mit sich bringt, dass man den Polypen in toto nicht wegnehmen kann; bleibt also ein grösserer oder kleinerer Rest übrig, der cauterisirt werden muss. Wenn man einen solchen festen Polypen sicher und genau gefasst hat, ohne dass man ihn durchzuschneiden vermag, reisst man ihn durch einen stärkeren oder schwächeren Zug ab; allein auf die Weise hat man den Polypen mit einer Schlinge weggenommen, nicht mit der Schlinge durchgeschnitten oder ecrasirt. Und so bleibt der Ausdruck „Ecrasement" incorrect; nur mit dem glühenden Draht oder mit einem eigentlichen Ecraseur, z. B. Maissonneuve's o. ähnl., werden die Polypen abgeschnürt. — Zu der Ueberzeugung sind wohl alle Specialisten gekommen; meine Bemerkungen sind auch nur für die Anfänger berechnet, dass sie von den gewöhnlichen Schlingenschnürern nicht mehr verlangen, als was diese zu leisten im Stande sind.

Fig. 7, 2/3 n. Gr.

Um kleinere Polypen, die mit der Schlinge nicht zu fassen sind, um gewisse Arten von Fremdkörpern, necrotische Knochenstückchen etc., wegnehmen zu können, dient die abgebildete Ringzange (Fig. 7). Die gegen einander gekehrten Ränder der Ringe sind schneidend gemacht; das Instrument hat somit eine grosse Aehnlichkeit mit der oben abgebildeten Ohrpolypen-Ringpincette, hat also dieselben Vortheile und dieselben Nachtheile. *)

Die Sammlung von Depressores linguae habe ich mit dem nebenstehenden (Fig. 8) vermehrt; es ist eigentlich nur eine Modification des Türck-

*) Eine ähnliche Zange hat mein Freund, Dr. Max Schäffer, in seiner eben erschienenen Arbeit (Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie, Wiesbaden 1885, S. 6) angegeben.

schen Zungenspatels. Die Zungenplatte von mittlerer Grösse ist hier mit dem starken und soliden Handgriff in fester Verbindung. Der Stiel steht in einem stumpfen Winkel zur Platte und ist ausserdem ziemlich stark nach der linken Seite gebogen. Dadurch ist erreicht worden, dass das Instrument bequemer in der Hand ruht und dass es ausserhalb des Operations- und Sehfeldes liegt. Durch die feste Verbindung, die auf der andern Seite zwar nur eine Grösse der Platte erlaubt, hat man den Vortheil, dass das Instrument auf die Dauer kräftiger bleibt, als der Türck'sche Zungenspatel, wo die Schrauben - Vorrichtung nach einiger Zeit leicht in Unordnung kommt.

Fig. 8, 2/3 nat Grösse.

Einigen Lesern dieser Zeitschrift wird es bekannt sein, wie ich am liebsten die adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume operire; das geschieht mittelst des nebenstehenden Ringmessers, die in 2 verschiedenen Grössen abgebildet sind. (Die Figuren 9 u. 10 zeigen die ältere und die jetzige Form)*). In circa 400 Fällen hat sich die Operationsweise mir gut bewährt, und viele Collegen haben sich damit zufrieden ausgesprochen. Ohne dass ich übrigens die viel besprochene**) „adenoide" Frage berühren werde, möchte ich nur hervorheben, dass der unvollständige Erfolg der verschiedensten Operationsweisen am oftesten davon abhängt, dass eine hinter den oberen Theilen der Choanen herabhängende Vegetationsmasse nicht weggenommen wird, weil dieselbe nicht leicht zu fassen ist. Obschon ich meinen

Fig. 9, 3/4 n. Gr. (ältere Form.)

*) Den Namen Curette, den Dr. Max Schaeffer-Bremen früher und in jüngster Zeit auch Dr. H. Krause-Berlin vorgeschlagen haben, würde ich ohne Bedenken acceptiren, wenn die Instrumente nicht schon als „Ringmesser" bekannt wären.

**) S. z B. das Panegyricum über Meyer's Entdeckung bei dem internationalen

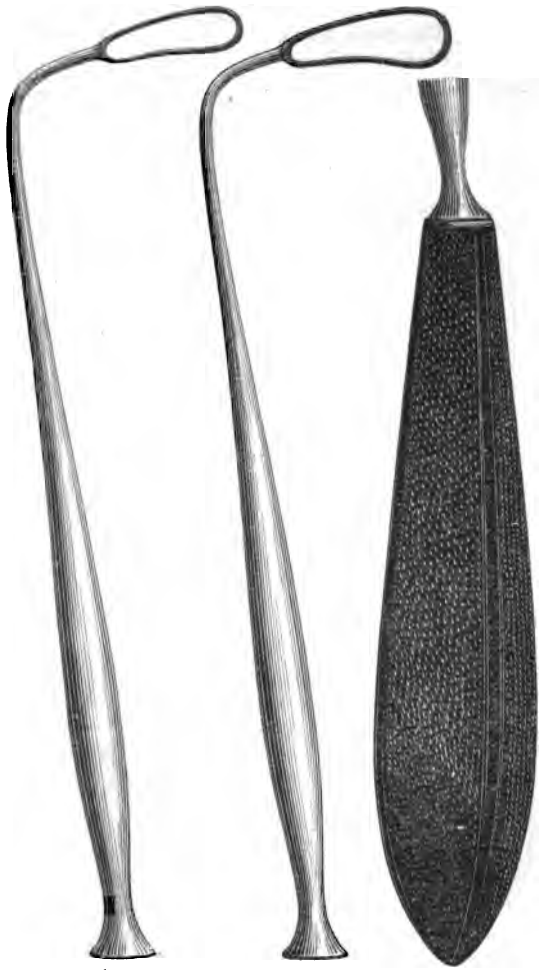


Fig. 10, nat. Grösse (die jetzige Form).

Ringmessern den übrigen von andern Collegen construirten Instrumenten gegenüber keine besonders vorzügliche Eigenschaften vindicire — so viel hängt von der Uebung und der Vorliebe des Operateurs für ein specielles Instrument ab — so möchte ich doch besonders hervorheben, dass eben die Operation dieses difficilen Punktes wird recht bequem damit vorgenommen werden können*).

Indem ich diese kurze Mittheilung beendige, möchte ich nur meine geehrten Collegen dazu auffordern, von Zeit zu Zeit ihr resp. Instrumentarium zu untersuchen; man wird dann recht häufig etwas finden, das ein practisches Interesse hat und nicht unbekannt zu bleiben verdient; die Veröffentlichung wird von den practischen Aerzten und Specialisten stets mit Dank aufgenommen werden.

Congresse in Kopenhagen 1884 von Dr. Michael in Hamburg (Internationales Centralblatt von Dr. F. Semon, No. 2, 1884).

*) Meine hier beschriebenen Instrumente sind in dem chirurgischen Etablissement des Herrn Prof. Nyrop, St. Kjöbmagergade 43, Kopenhagen, zu haben.

II. Referate und Recensionen.

a) Oto-rhinologische:

Die Bedeutung der Ohrenkrankheiten für die Militairdienstfähigkeit. (L'importance des maladies de l'oreille quant à l'aptitude au service militaire. Discours d'introduction.) Par le Dr. Victor Bremer de Copenhague. (Congrès international médical de Copenhague 1884, Section d'otologie.)

Seit dem die Mangelhaftigkeit der Instructionen für die Aushebungsbehörden, bezüglich der Militairdienstfähigkeit Ohrenkranker, auf dem internationalen Congress zu Brüssel 1875 zur Sprache gekommen ist, sind von verschiedenen Regierungen entschiedene Besserungen angebahnt worden. Unter diesen Staaten sind besonders Deutschland, Oesterreich, Frankreich zu nennen, während die diesbezüglichen Vorschriften in Russland, England, Italien etc. viel zu wünscheu übrig lassen. Vor allen Dingen fehlt eine genügende Zahl in der Ohrenheilkunde unterrichteter Militairärzte, sowie Lazarethabtheilungen, in denen Ohrenkranke unter specialistischer Behandlung stehen. Sehr nachahmungswerth ist die Schöpfung des Sächsischen Generalarztes Roth in Dresden, nach dessen Vorgang auch in anderen grösseren Militairhospitälern, besonders in Deutschland, specielle Abtheilungen für Ohrenkranke eingerichtet worden sind. Der Vorzug dieser Institutionen besteht einmal darin, dass mit genügender Sicherheit die Dienstfähigkeit festgestellt werden kann, die Simulanten leicht entlarvt werden, ohrenkranke Militairs eine passende Behandlung erfahren, und dann darin, dass sie als Ausbildungsschule für Militairärzte dienen.

In den meisten Dienstvorschriften wird am meisten Gewicht auf Verlust, Mangel und Difformitäten des äusseren Ohres, sowie auf die mit Perforation des Trommelfells einhergehenden Ohreiterungen gelegt, während die acuten und chronischen, ohne Eiterung verlaufenden Catarrhe des Mittelohres, sowie die Krankheiten des inneren Ohres viel zu wenig Berücksichtigung finden.

Auch die Methode, um die untere Grenze der Hörfähigkeit, für welche eine Dienstfähigkeit noch zulässig erscheint, festzustellen, ist mangelhaft, da man sich hauptsächlich nur der accentuirten Flüstersprache bedient und hierfür die Grenze auf 4—6 Meter festsetzt.

Es ist daher entschieden bei den Regierungen darauf zu dringen, dass entsprechend den Fortschritten der Ohrenheilkunde und ähnlich wie bei den Vorschriften bezüglich der Sehschärfe, Verbesserungen angebahnt werden. Moldenhauer.

Klinische Beobachtungen über Syphilis des Ohres und des Halses. (Clinical observations on Syphilis of the ear and throat.) By P. M'Bride. (The Glasgow medical Journal, September 1885.)

Verfasser bietet seine persönlichen Erfahrungen und Ansichten über syphilitische Erkrankungen des Ohres und des Halses, ohne dabei wesentlich Neues und Originelles zu Tage zu fördern.

Syphilis des Ohres:

1) Aeusseres Ohr: Verf. sah gummöse Ulcerationen der Ohrmuschel, die entweder beschränkt blieben, oder auf den Gehörgang übergingen.

Ebenso sah er schuppige Eruptionen im Gehörgang, wahrscheinlich syphilitischer Natur.

2) Mittelohr und Labyrinth: Eitrige Mittelohrentzündungen, wenn sie Syphilitische befallen, haben nichts Charakteristisches und verlaufen so, wie bei anderen constitutionell erkrankten Individuen. Dagegen giebt es nichteitrige Mittelohrerkrankungen, welche in ihrem Verlaufe den Verdacht auf Syphilis erregen, obgleich der objective Befund sich in nichts von dem bei gewöhnlichem trockenen Catarrh unterscheidet. Die rapide Abnahme oder völliger Verlust des Hörvermögens ist auffallend, die Affection meist einseitig mit oder ohne subjective Geräusche, Knochenleitung mehr nach dem kranken Ohre. Dieser letztere Punkt möchte die Annahme rechtfertigen, dass es sich hierbei um eine Erkrankung des Mittelohres handele, doch sind Fälle bekannt, in denen selbst bei hochgradigen einseitigen Labyrinth-Affectionen die Stimmgabel durch die Kopfknochen mehr nach der kranken Seite hin gehört wurde.

Verf. theilt nun zwei Fälle von plötzlicher Taubheit bei Syphilitischen nach Baden mit, wo er Grund hatte, eine Affection des Labyrinthes anzunehmen, obgleich die Stimmgabelprüfung für eine Erkrankung des schallleitenden Apparates sprach. Die Ansicht von Schwartze, dass es sich bei diesen fraglichen Erkrankungen um eine specifische Periostitis handele, kann Verf. nicht theilen, da dann der schmerzlose Verlauf unerklärt bliebe, vielmehr glaubt er, dass durch die plötzliche Abkühlung beim Baden ein Austritt von Blut oder seröser Flüssigkeit in die Schnecke erfolge. Prognose schlecht, da die Behandlung fast immer erfolglos.

In anderen Fällen erschien es wahrscheinlich, dass sowohl Mittelohr als Labyrinth ergriffen waren.

Syphilis des Halses:

Syphilitischer Catarrh und Schleimhautplaques des Halses haben scharfe Grenzen gegen die gesunde Umgebung und beschränken sich auf die Vorderfläche der Uvula und der vorderen Gaumenbögen.

Syphilitische Ulcerationen des Gaumens können verwechselt werden mit tuberculösen Geschwüren, doch sind letztere sehr selten, kommen erst im vorgeschrittenen Stadium der Lungentuberculose vor und erregen auffallend grosse Schmerzen beim Schlucken. Schleimhaut dabei anämisch. Mit Recht macht Verf. auf die syphilitischen Geschwüre des Nasenrachenraumes aufmerksam, die bei oberflächlicher Untersuchung leicht entgehen können.

Den syphilitischen Catarrh des Larynx kann man nach Verf. sehr schwer von dem nicht specifischen unterscheiden, verdächtig ist, wenn ein Theil der Stimmbänder geröthet, während der andere weiss erscheint.

Bei der so wichtigen Unterscheidung von syphilitischen Ulcerationen des Kehlkopfes von anderen specifischen Erkrankungen, kommt Verf. über das Landläufige nicht hinaus. Nicht einmal die so wichtige Bevorzugung bestimmter Stellen des Larynx von Seite der Syphilis ist genügend berücksichtigt, ebenso wenig die Untersuchung des Secretes auf Bacillen zur Unterscheidung von Tuberculose, sowie die microscopische Untersuchung von Geschwulstpartikelchen zur Differentialdiagnose zwischen Carcinom und Syphilis. Moldenhauer.

Otologische Mittheilungen. (Otological Contributions.) Von Oren D. Pomeroy in New-York. (New-York med. Journ., 18. April 1885.)

1) Papulös-tuberculöses Syphilid beider Trommelfelle bei Lues hereditaria. (Mit 5 Holzschnitten.) Bei einem 18jähr., hereditär-syphilitischen Kranken zeigte sich auf beiden Trommelfellen je eine hellgraue Anschwellung, deren Farbe sich nach einigen Tagen in Dunkelroth umwandelte. Nach 6 Monaten waren die Erhabenheiten verschwunden.

2) Chondritis und Perichondritis der Ohrmuschel wahrscheinlich neuroparalytischen Ursprungs. Ueber diesen Fall ist schon S. 46, Jahrg. 1885, dies. Monatsschrift berichtet worden. Er betraf das linke Ohr eines 46jähr. Mannes. Das Stimmband derselben Seite war gelähmt. Pat. litt auch an Schwindel und Ataxie. Keine Neuralgie.

3) Diplacusis binauralis. Bei einer Attaque von catarrhalischer Mittelohrentzündung wurde jeder Ton auf dem rechten Ohr um eine Tonstufe höher gehört als auf dem normal percipirenden linken. Der Unterschied wurde nach und nach geringer und glich sich nach kurzem Zeitraum ganz aus. A. Sch. (N.-Y.)

Fibröse Geschwulst des Mittelohrs. (Fibroid Tumor of the Middle Ear. Neuralgic Pains, Otorrhoea, and Deafness. Removal of Tumor Followed by Restoration of Function.) Von C. W. Truehart in Galveston, Texas. (Medical Record, 10. October 1885.)

Der hintere untere Theil des linken Trommelfells eines 15jährigen Mädchens, welches über 5 Jahre an eitriger Mittelohrentzündung gelitten hatte, war vorgebaucht. Durch eine hinter dem Hammergriff befindliche Perforation sah und fühlte man eine glatte, hellrothe Geschwulst. — Erweiterung der Perforation und Exstirpation der mit breiter Basis (wie breit? Ref.) aufsitzenden knorpelharten Geschwulst mittelst Drahtschlinge und Pincette. Wiederholte Aetzung der Basis mittelst rauchender Salpetersäure, später Cauterisation der Perforationsränder mittelst Lapis mitigatus, welche Verschluss der Perforation bewirkte. Die Uhr, welche vor Anfang der Behandlung nur bei Contact gehört wurde, konnte am Ende auf vierzehn Zoll Distanz vernommen werden. A. Sch. (N.-Y.)

Nachweisung einseitiger Taubheit. (The Detection of One-sided Deafness.) Von Oren D. Pomeroy in New-York. (Medical Record, 21. März 1885.)

Revue der verschiedenen bis jetzt vorgeschlagenen Methoden.
A. Sch. (N.-Y.)

Ueber Chromsäure-Aetzungen in der Nasenhöhle. (Des cautérisations à l'acide chromique dans les fosses nasales.) Von Dr. Bresgen. (Revue mens. de laryng. etc., October 1885.)

Nach seinen auf Hering's Empfehlung hin angestellten Beobachtungen kann B. den Chromsäure-Aetzungen nur bei einer bestimmten Kategorie von Fällen den Vorzug vor der Galvanocaustik einräumen, nämlich da, wo mässige, in den oberen oder tieferen Nasenpartien gelegene Schleimhauthypertrophien durch verengte Nasengänge schwer zu erreichen sind,

oder wo Ausbuchtungen oder Exostosen des Septum die Nasengänge derart verengen, dass selbst die feinste Sonde nicht passiren kann. Da hier einfach angeschmolzene Crystalle sich schon verflüssigen würden, ehe sie an den beabsichtigten Ort gebracht wären, so änderte B. die Methode, indem er eine ½—1 Mm. dicke Myrthenblattsonde an ihrem etwas verdickten Ende mit ein wenig Watte umwickelte, alsdann 1—3 Crystalle auflegte und dann nochmals mit dünner Watteschicht bedeckte. Die so armirte Sonde wurde in die Nase eingeführt und konnte, indem die Crystalle in der feucht gewordenen Watte sich lösten und zur Wirkung gelangten, allmählig vorgeschoben werden. Die Cauterisationen werden, je nach der Schwere des Falles, ein oder mehrere Male ausgeführt, in letzterem Falle in Zwischenpausen von 6—8 Tagen; neben den Aetzungen wird noch eine 10—20 pctg. Chromsäurelösung verwandt, gleichfalls mittelst der mit Watte umwickelten Sonde, jedoch darf die Watte nicht zu sehr getränkt sein. B. hat auf diese Weise Verengerungen beseitigt in Fällen, wo alle anderen Mittel im Stich gelassen hatten; doch hebt B. hervor, mit der Menge der Crystalle vorsichtig zu sein, bis man eigene Erfahrungen gesammelt, zunächst nur mit einem Crystall zu beginnen; alsdann habe man Intoxication nicht zu fürchten; zu grösserer Sicherheit kann der Patient nach einer Minute die Nase schnauben, die Flecken im Taschentuche verlieren sich beim Waschen. Keller.

Ersatz des Bellock'schen Instruments durch eine Drainröhre. Von Putilow. (Russ. Medicin No. 11. 1885)

Durch ein Ende des Drainrohres zieht man mittelst einer Nadel einen Faden durch, bestreicht das Rohr mit Fett und lässt es durch die Nase in den Nasenrachenraum gleiten. Das Weitere ist klar. — Die Vorzüge: Einfachheit des Verfahrens, Schmerzlosigkeit und besonders Anwendbarkeit in der Kinderpraxis. E. Stepanow.

Ueber die Behandlung des Heufiebers mit Cocain berichtet John Watson in der Lancet 1885, 4. Juli.

Er ist selbst der Krankheit unterworfen und empfand eine sofortige grosse Erleichterung durch Einführung von Tabletten à 0,01 Cocain in jedes Nasenloch; natürlich musste er die Einführung wiederholen.

Dr. M. Schm.

Zur Therapie des Heufiebers. (Note on the Therapeutics of Hay-fever [So-called].) Von Beverley Robinson in New-York. (Medical Record, 17. October 1885.)

R. empfiehlt Applicationen von 1 Th. Carbolsäure auf 2—3 Th. Glycerin. Cocain wird wegen der secundären (neuro-paralytischen) Turgescenz der Theile nicht empfohlen. A. Sch. (N.-Y.)

Zur abortiven Behandlung des Schnupfens. (The treatment of Acute Rhinitis.) Von J. M. W. Kitchen in New-York. (Medical Record, 23. Mai 1885.)

Enthält die Abbildung einer Nasendouche, welche aus einem weithalsigen, mit doppelt durchbohrtem Kork versehenen Fläschchen besteht. In eine der beiden Oeffnungen im Kork mündet der Schlauch, welcher

in der gewöhnlichen Nasendouche mit einer besondern, an der Basis des Gefässes angebrachten Oeffnung communicirt. Natürlich muss beim Gebrauch die K.'sche Douche horizontal gehalten werden. Verf. empfiehlt eine schwache Lösung von Alaun und Morphin in Aqua laurocerasi bei acuter Rhinitis. A. Sch. (N.-Y.)

Entfernung eines Melanosarcoms der Nase durch die galvanocaustische Schlinge. (A Case of Melano-Sarcoma of the Nose by Galvano-Cauterisation.) Von R. P. Lincoln in New-York. (New-York med. Journal, 10. October 1885. — Aus den Verhandl. der American laryngolog. Association 1885.)

Es handelte sich um das zweite Recidiv eines Tumors, welches von der rechten mittleren und unteren Nasenmuschel ausging.

A. Sch. (N.-Y.)

Isolirung des Wärmesinns durch Cocain. (Isolation of the Temperature Sense in the Oro-Pharyngeal Cavities and Nasal Passages by means of Cocaine.) Von John N. Mackenzie in Baltimore. (New-York Med. Journ., 3. October 1885.)

Angeregt durch eine Beobachtung von Dr. Warfield in Baltimore am Auge prüfte Verf. den Temperatursinn der cocainisirten Schleimhaut des weichen Gaumens und der Nasenhöhle mittelst einer bald in eine Kältemischung getauchten, bald über einer Flamme erhitzten Sonde. Es wurde Kälte, resp. Wärme empfunden bei vollkommener Analgesie.

A. Sch. (N.-Y.)

Ein Fall von circumscriptem Oedem der Nasenschleimhaut. Von Fronstein. (Russ. Medicin No. 6, 1885.)

Die ödematöse Geschwulst sass in der rechten Nasenhälfte in der Ebene der mittleren Muschel, war weich, beweglich und hing bis zur unteren Muschel herab. Vor einem Monat bekam die Kranke starken Schnupfen, später mit vollkommener Verstopfung rechts. Vor 4 Jahren nahm F. ihr an derselben Stelle einen Polyp ab. Da die Kranke noch Zeichen eines Herzfehlers präsentirte, so schob Autor die Operation auf und verordnete Digitalis. Die Geschwulst fing an abzunehmen und in 3 Wochen verschwand sie spurlos. E. Stepanow.

Vasomotorische Rhinitis. (On Certain Vaso-motor Disturbances of the Nasal Membrane.) Von William C. Glasgow in St. Louis. (Aus den Verhandl. der American laryngol. Association 1885. — New-York med. Journ., 8. August 1885.)

Nichts Neues. A. Sch. (N.-Y.)

Zur pathologischen Histologie des Schnupfens. (A Contribution to the Pathological Histology of Acute and Chronic Coryza.) Von John N. Mackenzie in Baltimore. (Verhandl. d. American laryngol. Association 1885. — New-York med. Journ, 22. August 1885.)

Enthält 2 Abbildungen, welche verschiedene Stadien der Obliteration der cavernösen Räume der Nase illustriren, und zwar: 1) Thrombenbildung, 2) das Hervorsprossen bindegewebiger Stränge aus den Wänden des Schwellnetzes. — M. hat gefunden, dass die Schleimhautauskleidung

der Highmoreshöhle, entgegen der gewöhnlichen Annahme, bei pathologischer Veränderung der Nasenschleimhaut der Regel nach normal bleibt.
A. Sch. (N.-Y.)

Hereditäre Nasenstenose als Ursache von Phthise. (Catarrhal Affections of the Nasal Passages as a Cause of Pulmonary Phthisis, with Special Reference to the Question of Heredity.) Von W. C. Jarvis in New-York. (Verhandl. der American climatological Association 1885. — New-York med. Journ., 5. Septbr. 1885.)

Drei Krankengeschichten zur Illustration des im Titel Angegebenen.
A. Sch. (N.-Y.)

Ueber Schiefstellung des Septum narium. (Deviation of the Nasal Septum.) Von J. W. Gleitsmann in New-York. (American Journal of the med Sciences, Juli 1885.)

Zusammenstellung des bisher in Bezug auf Aetiologie, Statistik und Therapie der Septumdeviationen Geleisteten. Hervorzuheben ist die Berücksichtigung der bisher in der englischen Literatur noch nicht benutzten Resultate H. Welcker's. A. Sch. (N.-Y.)

Die aetiologische Bedeutung des schiefgestellten Septum narium beim Nasencatarrh. (The Etiology and Treatment of Nasal Catarrh, with Special Reference to Daviated Septum.) Von William C. Jarvis in New-York. (The Medical Record, 14. März 1885.) Mit 11 Abbildungen.

Verf. betont wieder, wie er es in früheren Publicationen gethan, dass eine verkrümmte Nasenscheidewand durch Druck auf die Muscheln und Behinderung des Secretabflusses Nasencatarrh hervorruft und unterhält. Die Hälfte der Abbildungen stellt Instrumente dar, welcher sich J. zur Entfernung knorpeliger Obstructionen in der Nase bedient.
A. Sch. (N.-Y.)

Fliegenlarven in der Nase. (Maggots in the Head.) Von C. M. Harrison in Del Rio (Texas). (Medical Record, 10. October 1885.)

Zwei Fälle. Der erste endete nach 3 Tagen tödtlich, der zweite mit Verlust des Septums und der Muscheln (! — Syphilis?).
A. Sch. (N.-Y.)

Nomenclatur der Ohrenkrankheiten. (Nomenclature of Aural Diseases.) Von Samuel Sexton in New-York. (New-York med. Journal, 29. August 1885.)

Lässt an Vollständigkeit nichts zu wünschen übrig. Wenn unter den Complicationen der Mittelohrerkrankungen neben der Facialislähmung auch der Scharlach, die Masern, die Diphtherie u. s. w. angeführt werden, so beruht dies offenbar auf einem Schreibfehler und ist wohl keine logische Ketzerei dabei im Spiele. A. Sch. (N.-Y.)

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Physiologie der Stimme und des Gesanges. Hygiene des Sängers. (Physiologie de la voix et du chant. Hygiène du chanteur.) Von A. Gouguenheim und M. Lermoyez.

Das Buch ist Herrn Ambroise Thomas, dem Componisten der bekannten Oper „Mignon" und Director des „Conservatoire de musique et de déclamation à Paris" gewidmet. Es zerfällt in eine Einleitung und in sechs Kapitel.

Referent gestattet sich absichtlich einen etwas genauen Auszug aus dem Buche, weil dasselbe das beste der neueren französischen Literatur zu sein scheint und weil in letzterer Zeit in Deutschland nicht über obigen Gegenstand geschrieben worden ist, trotzdem dass das behandelte Material von dem grössten practischen Interesse ist. Namentlich bieten die fünf ersten Capitel, sich auf dem Höhepunkt unserer jetzigen Wissenschaft haltend, recht Interessantes und Nützliches für Sänger sowohl, als für Aerzte.

Einleitung. Obgleich Mund und Pharynx zugleich dem Respirations- und dem Digestionstractus angehören, so haben sie dennoch eine grosse Bedeutung für das Athmen. Ihre Functionen, nur intermittirend bei der Ernährung, sind continuirlich für das Athmen. Wenn man auch einerseits die Functionen der Respiration des Mundes und der Nase durch die Tracheotomie gefahrlos aufheben kann, so wird es bei den heutigen Fortschritten der Chirurgie nicht mehr lange dauern, bis andererseits die Oesophagotomie die Functionen des Mundes und des Rachens in noch vollständigerer und gefahrloserer Weise ersetzt. Wenn der Kehlkopf spricht, so ruht die Lunge mehr weniger; athmet die Lunge, so ruht der Larynx. Diese beiden Ruhezustände sind aber nicht als absolut zu betrachten: Also beim Singen z. B. bedingt die Lunge allein die Intensität der Töne vom forte bis zum piano; der Larynx bringt die Töne zwar hervor, aber er erhält die Nuancen fertig von der Lunge; in der Agone, in sehr hohem Alter, bei schweren Cachexien besitzt die Lunge nicht mehr die Kraft, die gehörige Summe Luft dem sonst gesunden Larynx zuzusenden: man hat die Aphonia cachectica; in einigen Fällen (Cholera, Vergiftungen) aber ist die Aphonia cachectica zugleich von Lähmung der Larynxmuskeln abzuleiten (Klemm, Fränckel, Matterstock). Auf der anderen Seite ist der Larynx oft bei der Athmung thätig; während bei der sogenannten Bauchpresse die Lunge stark ausathmet, schliesst der Larynx sich in activer Weise; es entsteht so ein unbeweglicher Thorax, welcher momentan den sich an ihn anheftenden Muskeln zum Stützpunkte dient; dieses active Vorschreiten des Larynx während der Lungenexspiration geschieht weniger durch die wahren Stimmbänder allein, als durch das gleichzeitige Aneinandertreten der falschen Stimmbänder (Krishaber) und durch das gegenseitige Begegnen der Regio arytaenoidea und der Epiglottis (Lister). Fällt in pathologischen Fällen diese respiratorische Rolle des Larynx weg, so tritt der Tod trotz gesunder Lungen ein, gerade so, wie bei grosser Lungenschwäche ein ganz normaler Larynx keine Töne hervorzubringen vermag. Diese beiden Larynxfunctionen stehen im Antagonismus sowohl in der Pathologie, als in der Physiologie.

I. Capitel. Verff. unterscheiden die normale und die theoretische Stimme. Erstere hören wir, sie besteht aus der Gesammtheit der durch den ganzen Stimmapparat hervorgebrachten Töne; die zweite hören wir nie für sich allein, sie stellt den durch die unteren Stimmbänder allein hervorgebrachten (nicht durch Thorax, Pharynx, Mund, Sinus und Nase modificirten) Ton dar. Verff. lassen nun die physicalische Erklärung der Stimmproduction folgen, welche nur durch die Stimmbänder allein geschieht und durch kein anderes Organ ersetzt werden kann. Der Thorax mit seinem Inhalt verstärkt die Töne, die Trachea trägt zu dieser Verstärkung nur wenig bei. Die von mehreren Autoren (P. Koch und Duval) vertretene Ansicht, dass die Trachea bei hohen Tönen sich spanne, bei tiefen Tönen laxer werde, sei nur so zu nehmen, dass diese Spannungsgrade die nothwendige Folge der Verkürzung und der Verlängerung des Pharynx seien. Diese Verlängerung und Verkürzung des Pharynx ist absolut nothwendig bei der Production der hohen und tiefen Töne; da der Pharynx in unabänderlicher Weise an der Basis Cranii angeheftet ist, kann diese Verkürzung und Verlängerung nur auf Unkosten der Trachea stattfinden. Der grosse Einfluss der Trachea auf den Gesang der Vögel spricht nicht gegen diese Behauptung, da z. B. bei den Nachtigallen der eigentliche Larynx sich unter der Trachea befindet und letztere bei den Singvögeln gerade eben die Rolle des menschlichen Pharynx spielt. Die Behauptung von Bataille, dass beim Tönen die unterhalb der Stimmbänder befindliche Schleimhaut sich in Falten aneinander lege, ist wohl nicht als Ernst zu nehmen. Die oberen Stimmbänder können bei der Phonation mittelst des von Rüdinger beschriebenen Muskels mehr weniger sich verkürzen und nähern, und so den Ton verstärken. Die Quintessenz des ersten Capitels ist folgende: Die wahren Stimmbänder bringen den Ton und die Höhe des Tones hervor; sie werden ein Weniges durch die falschen Stimmbänder unterstützt. Die Lungen, weniger die Trachea, geben die Intensität der Töne an; alle Theile oberhalb der Stimmbänder bedingen durch Bildung der sogenannten Obertöne die Klangfarbe des Tones.

II. Capitel. Gelangt ein Exspirationsstrom, welcher mehr als 16 Centimeter Wasser heben kann, in einen gesunden Larynx, so entsteht ein Ton (Cagnard-Latour). Derselbe Ton entsteht, wenn bei der Inspiration ein gleicher Druck von oben nach unten auf die Stimmbänder wirkt; blos ist diese anormale und disharmonische Stimmbildung viel ermüdender aus dem einfachen Grunde, weil die inspiratorische Lungenkraft um $^1/_3$ schwächer als die Exspirationskraft ist (Donders).

Beim Phoniren schwingt die Mucosa der Stimmbänder nicht allein, wie Fournié behauptet; ebenso wenig kann das unter der Mucosa liegende elastische Gewebe für sich allein schwingen (Henle). Das ganze Stimmband wird beim Tönen in Schwingung versetzt. Beim Ruhezustand des Larynx, d. h. beim gewöhnlichen Athmen, besteht die sogenannte Mittelstellung der Stimmbänder; beim Anfang des Tones legen die Aryknorpel zuerst sich aneinander; ein Blick in den Kehlkopfspiegel beweist letzteres und widerlegt die Theorie von Mandl, welcher behauptet, dass beim Brustregister (als dem gewöhnlichen beim Sprechen) der Interarytänoidalraum offen bleibt; die Physiologie der Stimme sowohl, als ihre Pathologie (Lähmung der Musculi transversus und obliqui) widersprechen übrigens

der Mandl'schen Theorie. Die Musculi arytänoideus transversus und obliqui sind die Hauptmuskeln, welche Dank ihrer senkrechten und kreuzförmigen Insertion die Aryknorpel aneinander halten; die Musculi cricoarytänoidei laterales, viel schwächer, nähern durch ihre sogenannte Schellenzugbewegung blos die Processus vocales. Der Hauptspanner (für die Länge der Stimmbänder) ist der Crico-thyroideus, sei es, dass er den Schildknorpel dem Ringknorpel nähert (Longet, Bataille), oder umgekehrt durch Hebelbewegung den hinteren oberen Rand der Cartilago cricoidea nach hinten zieht (Illingworth). Die Spannung der Stimmbänder in die Breite ist durch den Exspirationsstrom hervorgebracht (Müller). Aber diese Spannung kann unmöglich die so weiten Grenzen der Modulation der Stimme erklären: es sind die Musculi thyreo-arytänoidei, welche die grosse Modulation der Stimme bedingen und gerade durch diese Eigenschaft (nämlich sich selbst zu reguliren) unterscheidet sich der menschliche Larynx von allen Instrumenten, mit denen man ihn bis jetzt ungerechtfertigter Weise verglichen hat. Die Musculi thyreoarytänoidei bewirken Verdickung, Erhärtung, Verkürzung und Annäherung der Stimmbänder; sie stehen in einem gewissen Antagonismus zu den Crico-thyroidei. Das tonerzeugende und das tonmodificirende Gewebe befindet sich in den Musculi thyreo-arytänoidei also vereinigt und eben diese doppelte Eigenschaft stempelt den menschlichen Larynx zu dem Non plus ultra aller Instrumente.

Den „Ton halten" heisst während der ganzen Exspiration die Glottis in demselben Spannungsgrade erhalten: während der ganzen Zeit des Tonangebens müssen die Stimmbänder dieselbe Zahl Schwingungen in der Secunde ausführen. Hierzu gehört eine gewisse Uebung; es ist dies die „nackte Stimme" (Mandl), der „gehaltene Ton"; steigt oder sinkt der Ton unwillkürlich, so „meckert" die Stimme; in der Physik nennt man diesen Fehler „klappen" (battement); es ist ein Zeichen von Schwäche und schlechter Erziehung der Stimmmuskeln. Am Ende eines langgehaltenen Tones steigt derselbe gewöhnlich unwillkürlich in die Höhe, aus dem einfachen Grunde, weil der Sänger am Ende der Exspiration eine letzte Anstrengung macht, um seinen primär gewollten Ton auf der gegebenen Höhe zu erhalten und so über das Seil schlägt. In der „gewollten" vermehrten oder verminderten Exspirationskraft bei der Production eines und desselben Tones besteht das Crescendo und Diminuendo des fortlaufenden Tones (ton filé); die Schwierigkeit dabei besteht darin, den Ton zu verstärken, ohne ihn höher zu machen und ihn zu vermindern, ohne ihn tiefer zu machen. Geübte Sänger verstehen es, diese vermehrte und verminderte Exspirationskraft genau zu reguliren und durch vermehrte oder verminderte Spannung der Stimmbänder, sowie durch Erweitern des hinteren Theiles der Glottis (Bataille) zu compensiren.

Zur „Richtigkeit" der Stimme gehört zuerst ein richtiges Ohr und dann ein gesunder, gehörig geübter Larynx; es sind dies die Hauptbedingungen, um richtig zu singen. Nach Klunder, welcher die verschiedenen menschlichen Töne graphisch darstellte und mit je einem rein graphisch (durch ein Instrument) dargestellten Tone verglich, bestände überhaupt keine absolut „richtige" Stimme; die richtigste Stimme irrt sich noch um 0,35 für hundert Schwingungen, d. h. auf 280 Schwingungen macht die richtigste Stimme eine Schwingung mehr oder weniger,

Ein Irrthum von 0,25 auf 100 Schwingungen ist nicht mehr durch das Ohr erkennbar; der Unterschied von 0,25 — 0,35 ist zwar einem feinen Ohr noch bemerkbar, stört aber im gewöhnlichen Gesange nicht.

III. Capitel. Die Stimmenresonatoren; Klangfarbe der Stimme. Im Larynx selbst entsteht die sogenannte Glottisstimme, nicht aber die normale; es ist der Ton, welchen Longet hörte, als er die Membrana hyothyreoidea beim Hunde durchschnitten und den Larynx durch die Oeffnung hervorgezogen hatte; es ist so zu sagen das Skelett der Stimme, welches muss bekleidet werden, je nachdem ein Schrei, ein Wort oder ein Gesang entstehen soll; diese Modification der Glottisstimme wird über den wahren Stimmbändern bewirkt und stellt die sogenannte Klangfarbe (timbre) dar. Diese oberhalb der Glottis gelegenen Theile (Mund, Nase, Pharynx) vermögen gar nichts an der Höhe und Intensität der Töne zu ändern; der durch die Stimmbänder hervorgebrachte Ton geht an Höhe und Stärke unverändert durch Pharynx, Mund und Nase; er erhält aber in diesen Räumen eine grosse Zahl von Obertönen, welche so unermesslich ist, dass in der ganzen Welt keine zwei vollkommen ähnliche Stimmen bestehen. Schon im vorigen Jahrhundert hat Rameau bemerkt, dass man bei genauer Beobachtung eines Tones mehrere andere weniger starke Töne hört. Auf der anderen Seite hatten die Orgelfabrikanten längst empirisch gefunden, dass man, um eine Orgelpfeife voller und schöner tönen zu lassen, letzterer 3—7, höhere Töne hervorbringende Pfeifen zugesellen muss und dass ausserdem die Töne dieser 3—7 Pfeifen in der Octave oder der Quinte zum Grundton stehen müssen. Diese so construirten, zusammengesetzten Pfeifen bringen einen scheinbar einfachen, dem tiefsten Ton der verschiedenen Pfeifen entsprechenden Ton hervor. Helmholtz hat nun bewiesen, dass jeder musikalische Ton eine solche zusammengesetzte Orgelpfeife ist, bestehend aus dem Grundton und den sogenannten Obertönen, deren Zahl von Schwingungen die genauen Multiplen der Schwingungszahl des Grundtones sind. Helmholtz hat nun deutlich bewiesen, dass die Obertöne die sogen. Klangfarbe, das Timbre geben. Mit der Zahl, mit der relativen Intensität der Obertöne ändert die Klangfarbe eines und desselben Tones. Die Obertöne hängen von der „Art“ der Schwingungen des schwingenden Körpers ab. Die Obertöne entstehen zugleich mit dem Grundton; die Höhlen oberhalb der Stimmbänder erzeugen keine Obertöne, sie verstärken blos diese oder jene Obertöne, sie sind wahre Resonatoren. Dank ihrer Contractilität können sie sich als Resonatoren der meisten von Seiten der Stimmbänder hervorgebrachten Obertöne gestalten. Da ein einzelner Resonator in demselben Moment immer nur einen einzigen der vielen, dem vom Larynx ausgehenden Grundton entsprechenden Obertöne verstärken kann, so ist leicht begreiflich, dass die menschlichen Resonatoren oberhalb der Stimmbänder mannigfaltig sein müssen, sonst wäre die menschliche Stimme so monoton, wie der Ton einer Pfeife. Wir wissen bis jetzt noch nicht, welche von diesen Resonatoren den Grundton, welche die Obertöne verstärken. Da selbe aber so verschieden bei den verschiedenen Menschen sind, so bestehen nothwendiger Weise auch solche Resonatoren, welche Dissonanzen statt der Accorde verstärken und diese Extreme bilden schlechte Stimmen, letztere bleiben schlecht trotz ihrer geregelten Intensität und geregelten Höhe. Durch die Erziehung lassen

sich aber die nicht gar zu schlecht gebauten Resonatoren schulen, desto mehr, als die Gesetze der Klangfarbe nicht so streng sind, wie die, welche die Höhe der Töne beherrschen. Daher kommt es auch, dass nothwendiger Weise in letzterer Beziehung eine Stimme unwiderruflich richtig oder falsch ist, während eine Stimme auf sehr verschiedene Weisen harmonisch sein kann. Es ist einleuchtend, dass diese künstliche Erziehung der Resonatoren sich am besten auf die willkürlichen Muskeln (Lippen und Wangen) geltend macht, und dies bedingt das ganz nothwendige Gesichterschneiden mancher Sänger und Sängerinnen. Die Rolle der Pharynxmuskeln im Spiele der Resonatoren ist leicht ersichtlich; sie müssen besonders bei den hohen Tönen wirken, wo der Larynx sich hebt; bei dieser grossen Anstrengung des Pharynx verwischt sich die Rolle des Larynx fast, man hat die sogenannte „Kopfstimme" (fausset, falsett). Bei dem Hervorbringen eines und desselben Tones verstärkt die „hellklingende" Stimme (voix blanche) blos die höheren Obertöne, während die „gedämpfte" Stimme (voix sombrée) die tieferen Obertöne verstärkt. Bei der ersten ist der Pharynx in allen seinen Durchmessern verkleinert, der Mund offen, der Larynx gehoben, die Trachea verlängert; bei der zweiten ist der Pharynx in allen seinen Durchmessern vergrössert, der Mund fast geschlossen, der Larynx gesenkt, die Trachea demgemäss verkürzt. Ausser dem Munde, dem Pharynx, den Lippen bilden die Ventriculi Morgagni noch für die hohen und die höchsten Obertöne bestimmte Resonatoren: Das Vorhandensein einer bestimmten Muskelschicht, ihre Nähe bei den Stimmbändern, ihre zum bequemsten Auffangen der Obertöne berechnete Richtung zeugen für ihre Thätigkeit (Béclard, Hopmann, Rüdinger). Da nun die hohen Obertöne eines Grundtones meistentheils dissonant mit letzterem sind, so muss man annehmen, dass die Ventriculi Morgangni der Stimme etwas Hartes, Schreiendes, Auffallendes geben. Die vergleichende Anatomie bestätigt in der ganzen Thierreihe dieses Factum; selbst beim kleinen Kinde, bei welchem die Morgagni'schen Ventrikel verhältnissmässig viel entwickelter, als beim Erwachsenen sind, fällt, abgesehen von ihrer Höhe, der schrillernde, der durchdringende Charakter der Töne auf. Der Mund kann sich, Dank seiner unbegrenzten Zahl von Formveränderungen, zum besten Resonator gestalten. Der Mund aber macht unter den zahlreichen, bei jedem Ton vom Larynx ausgehenden Obertönen eine bestimmte Auswahl, welche Auswahl absolut nothwendig ist bei der articulirten Sprache, und so entstehen die „Vocale". Die Experimente von Jamain, Helmholtz und Koenig haben bewiesen, dass jedem Vocal ein bestimmter Ton, eine „Vocabel" entspricht, und dass diese „Vocabel" für denselben Vocal immer dieselbe bleibt, welches auch der vom Larynx ausgehende Grundton sei; damit ein Ton und der damit gesungene Vocal wohlklingend sei, muss die dem Vocal entsprechende Vocabel ein Oberton des vom Larynx ausgehenden Grundtones sein; noch mehr: Helmholtz und Auerbach haben bewiesen, dass letztere Bedingung noch zu weite Grenzen hat und dass zum Wohlklang die Vocabel mehr oder weniger denjenigen Obertönen gleichkommen müsse, welche der Octave oder Zwölfte des Grundtones entsprechen. So ist es auch begreiflich, warum die Sänger instinctweise verschiedene Vocale beim Singen ändern, damit so ein reiner

Ton entsteht und sich so den harmonischen Gesetzen unterwerfen, welche der Componist übertreten hat.

Wenn nun einerseits die Vocale der Larynxstimme angehören und nie ohne dieselbe entstehen, so entstehen andererseits die Consonanten unabhängig für sich in den supralaryngealen Räumen und dienen nur dazu, die Sprache zu vollenden. Sie sind sehr wichtig; diese „tonlosen Stimmen", gepaart mit den „tönenden Vocalen", bringen die Sprache hervor, mittelst welcher wir die Producte unserer Grosshirnrinde ausdrücken und uns so von den Thieren unterscheiden. Marey und Rosapelly haben bewiesen, dass die Consonanten Ruhezuständen des Larynx entsprechen: daher hört man in einiger Entfernung von einem Zwiegespräch, von einem entfernten Klagegeschrei blos die aufeinanderfolgenden Vocale. Die Eintheilung der Consonanten, das Studium ihrer Bildungsstätte, ihre correcte und fehlerhafte Aussprache sind von der grössten Wichtigkeit.

Die Nasenhöhlen dienen auch als Resonatoren, da sie aber ihre Form immer beibehalten, so liegt auf der Hand, dass sie bei demselben Individuum immer nur denselben Ton verstärken können und dass dieser Ton nur auf pathologische Weise ein anderer werden kann (z. B. durch Polypen, durch Hypertrophie der Mucosa). Die Nasenhöhlen sind demnach mit den meisten Larynxtönen dissonant und nur ausnahmsweise stellt sich ein Oberton ein, welcher angenehm durch sie verstärkt wird. Demnach haben die Nasentöne fast Alles für sich, um unangenehm zu klingen. Mit Recht wirft man der französischen Sprache ihre häufigen an, en, in, on und un vor. Um zu prüfen, welche Töne mehr weniger durch die Nase gehen, kann man die bekannten verschiedenen Experimente anwenden; bei allen nasalen Consonanten, ng, n, m, bleibt das Gaumensegel unbeweglich; bei A und E hebt es sich nicht ganz, aber mehr, als bei an, en, in, on und un.

Die Sinus der Stirne, das Os sphenoideum, das Os supramaxillare haben keine oder wenigstens eine sehr untergeordnete Bedeutung als Resonatoren; sie scheinen gemäss dem Ausspruch der meisten Anatomen den Zweck zu haben, den schon so schweren Kopf leichter zu machen.

IV. Capitel. Entwickelung der Stimme. Der sagittale Durchmesser von vorne nach hinten steht der Höhe der Stimme vor, der horizontale von links nach rechts steht der Intensität der Stimme vor. Also z. B. beim Manne und bei der Frau ist die Stimme fast gleich breit, weil bei beiden der transversale (respiratorische) Durchmesser ungefähr derselbe ist, während der sexuelle Unterschied der Stimme sich in dem sagittalen Durchmesser geltend macht.

Beim Neugeborenen ist die Lunge viel wichtiger und relativ entwickelter, als der Larynx, welcher von untergeordneter physiologischer und verhältnissmässig kleiner Bedeutung ist. Der Neugeborene hat viel nöthiger zu athmen, als zu schreien, der sagittale Durchmesser seines Larynx ist nur $^3/_5$ des transversalen, während bei dem Erwachsenen das Verhältniss $^4/_5$ ist. Der Larynx wächst langsamer, als das Kind, und durch den Schrei allein kann man ein dreimonatliches Kind nicht von einem dreijährigen unterscheiden. Gegen das siebente Jahr entwickeln die Larynxmuskeln sich besser und die Kinder vermögen eine Octave bequem zu singen. In diesem Alter bis zur Mutation sind die

Stimmen beider Geschlechter ganz ähnlich. Anatomisch ist die Mutation der Stimme durch Wachsthum des Sagittaldurchmessers des Larynx gekennzeichnet; dieses Wachsthum geschieht nur ausnahmsweise in sehr kurzer Zeit, meist braucht es 6 Monate bis 2 Jahre. Das Alter der Mutation entspricht genau dem Alter der Pubertätsentwicklung, ist also in heissen Zonen frühzeitig, bei uns später. Während dieser ganzen Zeit ist die Stimme belegt, was nicht durch den hyperämischen Process allein zu erklären ist; die Stimmbänder nämlich erscheinen im Laryngoscop immer normal in dieser Periode, und scheint diese komische Stimmenveränderung mehr auf einer practischen Unerfahrenheit der Larynxmuskeln, welche noch nicht gewöhnt sind, sich eines so rasch vergrösserten Larynx gehörig zu bedienen, zu beruhen. Eben auf dieselbe Weise spielt ein Kind falsch, wenn es statt seines kleinen Instrumentes eine grössere Geige spielen soll. Der supralaryngeale Apparat, nämlich die Resonatoren, entwickeln sich nicht in einem so beschränkten Zeitraum; ihre Mutation beginnt früher, hört später auf und geht gleichen Schritt mit der Entwickelung des Kopfes. Deshalb unterscheidet sich die Stimme des Castraten, trotzdem dass dessen Larynx der eines Kindes ist, doch von der Stimme des Letzteren: die Resonatoren sind zugleich mit dem Körper gewachsen und die Lungen sind die eines Erwachsenen. Beim Manne wachsen die Stimmbänder von 15 auf 25 Millimeter, bei der Frau von 15 blos auf 20. Beim Manne sinkt die Stimme um acht Töne, bei der Frau blos um zwei. Beim Manne wächst der Adamsapfel sehr nach vorne, bei der Frau fast nicht. Natürlich giebt es Ausnahmen von dieser allgemeinen Regel. Die falsche, verfrühte, „trügerische“ Mutation (Ch. Fauvel) entsteht ebenso, wie bei den Mädchen die Menstruation sich fälschlich einige Zeit andeutet. Die „verspätete“ Mutation zeigt sich nach einer vermeinten ersten oder gar nach einer zweiten Mutation. Im Süden übernimmt die Entwicklung des Sexualsystems während der Mutation die Hauptrolle, die Leidenschaften steigern sich bis auf's Höchste, der Larynx entwickelt sich weniger; im kalten Norden nimmt die Entwickelung des Genitalsystems während der Mutation einen weniger stürmischen Verlauf, der Larynx entwickelt sich desto mehr und kräftiger; dem entspricht das Factum, dass die meisten Tenore aus Italien oder Toulouse kommen (?).

Der männliche Larynx verhält sich zum weiblichen wie 10 zu 7 und dieses Verhältniss besteht abgesehen von der Statur; also eine sehr grosse Frau hat demnach einen viel kleineren Larynx, als ein kyphotischer kleiner Mann; der transversale Durchmesser unterscheidet sich sehr wenig in beiden Geschlechtern (43—41 Millimeter); der senkrechte Durchmesser unterscheidet sich etwas mehr (44—36 Millimeter), der sagittale (die Länge der Stimmbänder bedeutende) unterscheidet sich am meisten (36 — 26 Millimeter). Der weibliche Larynx ist abgerundet, hat stumpfe Winkel, weichere Knorpel, zartere Muskeln und ist überhaupt zu einer leichteren Vocalisation gebaut, als der männliche. Die männliche Stimmlage theilt sich in Bass, Baryton (die häufigste) und Tenor, die weibliche in Alt, Mezzosopran (die häufigste) und Sopran. Jede dieser Stimmen umfasst circa 2 Octaven, welche durch die Schule etwas nach oben und nach unten erweitert werden können. Genau getrennt sind diese sechs Stimmen nicht,

sondern sie gehen in einander über, sie bedecken sich theilweise, wie ein beigefügtes Schema deutlich zeigt.

Der weibliche Larynx, welcher während der Mutation keine so grossen Veränderungen erlitten hat, als der männliche, ändert sich desto mehr in den climacterischen Jahren: die weibliche Stimme nähert sich der männlichen, welche trotz des Alters ziemlich gleich bleibt.

Eine der Hauptursachen der Stimmveränderung im Greisenalter ist die Veränderung der Exspirationskraft: die „Intensität" der Stimme nimmt ab, der Thorax verliert allmählig seine Elasticität, die Stärke der Muskeln nimmt ab, es treten dem hohen Alter inhaerirende Catarrhe auf. Die „Höhe" der Stimme nimmt ab: die Larynxmuskeln nehmen ab, die Knorpel verknöchern, es tritt Ankylose der Larynxgelenke ein, die Mucosa wird welk und atrophisch. Die „Klangfarbe" nimmt ab: das Fehlen der Zähne giebt besonders der Stimme den senilen Klang. „Die menschliche Stimme ist also eine Tonleiter, welche langsam vom ersten Schrei des Kindes bis zum letzten Seufzer des Greises herabsteigt."

V. Capitel. Anatomische Charakteristik der Tonregister und der Stimme. Ueber den Mechanismus des Brust- und des Falsettregisters herrschen unter den Physiologen, den Physikern, den Aerzten, den Gesanglehrern die verschiedensten Ansichten. Ohne von den Ansichten der vorlaryngoscopischen Zeit zu sprechen (Liscovius, Malgaigne, Bennati, Cagnard-Latour, Diday und Pétrequin) scheinen die Erklärungsweisen von Garcia (dass der Ton nicht an den Stimmbändern selbst, sondern von den Schwingungen der Luftsäule herrühre; dass die Stimmbänder sich bald nur mit ihren Rändern, bald in ihrer ganzen Dicke (?) berührten), von Bataille (sein eigener sehr gut geschulter Larynx konnte ihm doch unmöglich das zeigen, was während der Phonation unter den Stimmbändern vor sich ging; das Anlegen der Cartilagines arytaenoides hat während dem Phoniren überhaupt nicht mehr zu sagen, als es in Wirklichkeit ist), von Fournié (die Mucosa der Stimmbänder schwinge allein (?), bei der Kopfstimme bestehe eine Ueberanstrengung der Stimmbänder), von Michaël (das sogenannte Mittelregister stellt doch nur die höheren Brusttöne dar und dies sollte der Hauptmuskel des Larynx, der Thyreoarytaenoideus für sich allein besitzen), von Mandl (die Glottis respiratoria klaffe während der Brststimme, schliesse sich beim Falsett, die falschen Stimmbänder stiegen beim Falsett bis auf die wahren Stimmbänder herab und wirkten so als Dämpfer), von Müller (der Bandtheil des Stimmbandes schwingt beim Falsett, während bei der Bruststimme der musculöse Theil schwinge) und von Vachez (welche noch der Wahrheit am nächsten kommt) auf falschen Beobachtungen zu beruhen.

Es giebt nur zwei genau abgegrenzte Register: das Brustregister und das Falsett. Das sogenannte Mittelregister (Michaël) als Uebergangsregister braucht man nicht anzunehmen und das von den russischen Sängern gesungene, schwer zu erklärende und auf unsere Partitionen unmöglich anzuwendende Conterbassregister ist zu verwerfen.

Alles über die Functionen des Larynx Gesagte bezieht sich auf das Brustregister. Das Falsett ist nur ein Auskunftsmittel für den Sänger, wenn derselbe in einer Partition die höchsten Brusttöne singen will und selbe mit seiner gegebenen Bruststimme nicht erreichen kann. Ein guter

Tenor singt wenig Kopfstimme, während ein Operettentenor das Falsett jeden Augenblick gebraucht. Die Sängerin hingegen singt $^2/_3$ ihrer höheren Töne im Falsett und gebraucht in der Sprache umwechselnd das Falsett und die Bruststimme. Bei seinen höchsten Brusttönen sind die Stimmbänder des Sängers auf's Höchste gespannt; er spürt die Anstrengung und die Ermüdung im Larynx; in demselben Moment, wo er in's Falsett übergeht, kann er gleich einige höhere Töne mehr singen; er hat das Gefühl des Abspannens der Stimmbänder und zugleich eine neue Empfindung des Zusammenschnürens im Pharynx; die mindere Festigkeit, das leichtere Ueberschlagen der Falsetttöne, sowie die Unmöglichkeit, sie lange anzuhalten, sprechen für eine Erweiterung der Glottis beim Falsett; damit aber mit dieser verminderten Spannung der Stimmbänder die Höhe der Töne nicht abnehme, sondern im Gegentheil steige, muss nothwendigerweise ein anderes Moment hinzukommen, welches sich am besten laryngoscopisch im männlichen Larynx und namentlich im Larynx der Tenore nachweisen lässt; nur muss man Sorge tragen, dass der Uebergang von Brust- auf Falsettregister plötzlich auf Commando stattfinde und dass genau derselbe Ton in beiden Registern gesungen werde; man sieht im Kehlkopfspiegel, wie mit der Relaxation der Stimmbänder ein festes Aneinanderlegen derselben in ihrem hinteren Drittel stattfindet. Die Anatomie lehrt uns übrigens, dass einige Muskelfibrillen der Thyreoarytaenoidei sich am freien Rande der Stimmbänder ansetzen und durch ihre Contraction die Länge des schwingenden Theiles des Stimmbandes verkürzen können. Da die Musculi thyreoarytaenoidei so verschieden bei verschiedenen Menschen sind, so begreift man leicht die grosse Verschiedenheit der Falsettstimmen. Singt man einen und denselben Ton abwechselnd im Brust- und im Falsettregister, so scheint der Larynx sich nicht zu bewegen, die Resonatoren müssen dann auch nothwendigerweise dieselben bleiben und dennoch beweisen das subjective Gefühl von Zusammenschnüren im Pharynx, sowie die Schwierigkeit während eines Falsetttones das Laryngoscop anzulegen hinlänglich, dass, abgesehen von der Modification der Spannung und Länge der Stimmbänder im Falsett, noch eine physicalisch nicht gehörig erklärte Veränderung der Resonatoren und namentlich des Pharynx vor sich geht. Der Ton der Flöte, welcher allgemein als Prototyp des einfachen, seiner Obertöne beraubten Tones gilt, hat einige Aehnlichkeit mit der Falsettstimme. Vielleicht nimmt also beim Falsettton die Zahl der Resonatoren ab; wenn Mandl Recht hat, indem er behauptete, dass beim Falsett die falschen Stimmbänder sich bis auf die wahren herabsenken und so die Ventriculi Morgagni verschwinden, so wären durch dieses Phänomen schon zwei Resonatoren entfernt. Man weiss ferner, dass beim Falsett das Gaumensegel sich krampfhaft nach aufwärts bewegt und so die Nase total vom Munde absperrt: zweites Moment, welches die Zahl der Resonatoren beeinträchtigt.

Die Erziehung kann bekanntlich eine Stimme ausbilden, aber nicht schaffen. Man hat bisher vergebens sich bemüht, die gewiss sehr dankbare Lösung des Problems zu finden, durch den Kehlkopfspiegel allein zum voraus die Art der Stimme zu diagnosticiren. Versuche mit kleinen viereckigen, in den zwei grossen Durchmessern in Millimeter getheilten Spiegeln misslangen. Vergleichende Beobachtungen führten die Autoren

der Lösung der Frage etwas näher, als es bisher geschehen war: Die „Länge“ der Stimmbänder steht ausschliesslich der Höhe der Stimme vor; sie nimmt ab, je mehr man vom Bass zum Tenor und vom Alt zum Sopran übergeht. Die „Breite“ der Stimmbänder steht der Intensität der Stimme vor und steht nie in einem bestimmten Verhältniss zur Länge; sie kann also grösser bei einem Tenor als bei einem Bassisten sein, wenn ersterer eine stärkere Stimme als der zweite hat. Diese zwei Gesetze bestätigt man natürlich am leichtesten bei den beiden Extremen der Stimme: also beim tiefsten Bass und höchsten Tenor, beim tiefsten Alt und höchsten Sopran. Diese Sätze sind natürlich viel schwieriger bei Mezzosopran und Baryton zu controliren. Die Versuche aber haben auch gelehrt, dass nicht nur die Höhe der Töne der Stimme den bestimmten Charakter giebt, sondern dass die Klangfarbe (Timbre) dies in vorwiegender Weise thut. So kamen die Autoren zu folgender Classification: 1) Bassstimme: lange und breite Stimmbänder, Larynx in allen seinen Durchmessern, aber namentlich im Höhendurchmesser gross. 2) Tenor: breite aber kurze Stimmbänder; Larynx im Querdurchmesser weit kleiner wie im Höhendurchmesser. 3) Tenorini: kurze und schmächtige Stimmbänder, der Larynx in allen seinen Durchmessern klein, Larynx bildet den Uebergang vom männlichen zum weiblichen Larynx. Bei der Frau findet man dieselben Verhältnisse, blos ist der Larynx im Ganzen kleiner. 4) Alto: Stimmbänder lang und breit, Larynx hoch. 5) Sopran Falcon: Stimmbänder kurz und breit, Larynx breit aber wenig hoch. 6) Soprani: Stimmbänder dünn und schmal, Larynx cylindrisch und klein, dem des Kindes ähnlich.

VI. Capitel. Hygiene der Stimme. A. Physiologische Hygiene. Alle guten und schlechten Eigenschaften des Exspiriums, welches doch allein die Töne hervorbringt, hängen von den guten und schlechten Eigenschaften des Inspiriums ab. Letzteres soll also gut gehandhabt werden. Das Inspirium soll ruhig, tief und tonlos sein. Von den vier Respirationstypen kommen für uns das Brust- und das Bauchathmen blos in Betracht. Es ist nicht gar lange her, dass im Pariser Conservatorium befohlen wurde, den beim Sprechen angewandten physiologischen Abdominaltypus während des Singens künstlich in das Brustathmen und namentlich in das Athmen des oberen Thoraxraumes umzuwandeln. Mandl gehört das Verdienst, diesem Uebelstande abgeholfen zu haben. Der einzig richtige Respirationstypus beim Singen ist der Abdominaltypus. Abgesehen von der Arbeit und von der Ermüdung, welche bei diesem Abdominalathmen von den Thoraxmuskeln auf die Abdominalmuskeln verlegt wird, muss man bedenken, dass das Brustathmen den Larynx bei jedem Inspirium senkt, während das Bauchathmen dies nicht thut. Durch dieses Herabsteigen des Larynx ändert sich die Länge der Resonatoren, welche Verlängerung der Sänger durch Pharynxcontraction nothwendigerweise compensiren muss; diese Compensationsarbeit bringt Ermüdung und Paryngitis granulosa. Uebrigens weist schon Mandl vergleichend anatomisch die Thatsache nach, dass die Singvögel stundenlang ohne Ermüdung singen können und dabei nur die Respiratio abdominalis gebrauchen; das obere Thoraxathmen ist übrigens bei ihnen unmöglich. Für die Nothwendigkeit des Bauchathmens spricht auch die Thatsache, dass die guten Stimmen der alten italienischen Schule viel

länger dauerten, als die unserer modernen Schulen, welche das Athmen mittelst des oberen Thoraxraumes, das sogenannte Clavicularathmen, dociren (Mandl). Das Bauchathmen ist leicht für den Mann, schwieriger für die Frau wegen der Kleidung und der etwaigen Schwangerschaft; aus letzterer Ursache entstammt das ja hoch geschätzte Princip der Physiologie, dass nämlich das Thoraxathmen dem weiblichen Geschlechte eigen sei. Die Gesanglehrer haben eigene Gesetze erfunden, um diese Uebung der Respirationsmuskeln vorzunehmen; Fechten, Schwimmen, Gymnastik der Arme mit Tonangaben sind mit Recht angerathen worden.

Beim Ueben darf man nie den Moment des Müdewerdens der Stimme abwarten, wenn man keine unangenehmen pathologischen Zustände hervorrufen will.

Die Uebungen können lange vor der Mutation beginnen; während der Mutation muss man vorsichtig sein und die Exercitien namentlich auf die Respirationsübungen beschränken. Diese Regeln gelten namentlich für das männliche Geschlecht.

Beim Erwachsenen müssen die laryngoscopische Untersuchung, sowie die physicalische Untersuchung des Thorax dem Beginn des Gesangunterrichtes vorausgeschickt werden.

Gesunde Wohnung, Holzheizung im Kamine (nicht im Ofen), Oel- und Bougiebeleuchtung sind anzurathen.

Gebührende Kleidung, mässiges Schnüren, Warmhalten, besonders des Halsrückens (wegen der hier weniger vor sich gehenden Blutcirculation) beim Verlassen warmer Räume, Weglassen der sogen. Respiratoren.

Während der Verdauung nicht singen, Stuhlverstopfung vermeiden; keine Excesse in Baccho, in Venere, im Rauchen, im Kaffee und im Thee.

B. Krankheiten der Stimme; ihre Behandlung. Ermüdung, welche besonders lange andauert, wenn Patienten unter dürftigen Verhältnissen leben, wenn Excesse in der Arbeit und in Venere geschehen: Ruhe, Land- oder Meerluft, Eisen, Chinin.

Zu viel essen, zu wenig essen, Erkältungen, arthritische, herpetische, scrophulöse Erkrankungen, welche sich besonders im Rachen localisiren und hier von der grössten Bedeutung sind. Syphilis, Tuberculose, Nervenleiden, Chlorose müssen entsprechend behandelt werden.

Das letzte Capitel scheint uns den rechten Mittelweg nicht genau genug einzuhalten: Es sagt zu viel für den Künstler, ohne dem Arzte genug zu bieten. Jedenfalls aber wird das kleine Buch mit viel Nutzen und Interesse von Beiden gelesen werden, und ist eine Uebersetzung in's Deutsche recht wünschenswerth. Dr. P. Koch.

Zur Lehre vom Kropf. Von Professor Dr. Julius Wolff. (Berlin. klin. Wochenschrift 1885, No. 19 und 20.)

W. beschreibt 3 Fälle von partieller Kropfexstirpation (einer parenchymatösen und zweier cystischen Strumen), bei welchen er intracapsulär und stumpf mit dem Finger, dem Scalpellstiel oder mittelst zweier reissenden Pincetten die zu entfernenden Partien auslöste. Die Blutstillung gelang vollständig durch Digitalcompression oder Andrücken eines Salicylwattebausches in wenigen Minuten, während welcher an einer anderen Stelle die Ausschälung fortgesetzt wurde; nur dreimal war eine Torsion kleiner spritzender Gefässe nöthig (Fall 1). Die Operationsdauer wird

dadurch wesentlich abgekürzt und die Heilung nicht gestört durch die Anwesenheit zahlreicher zurückbleibender Unterbindungsfäden. Der Hauptvortheil des Verfahrens ist jedoch, dass bei demselben nicht zahlreiche Gefässe, die Larynx, Trachea und Oesophagus ernähren, mit unterbunden und dadurch nachträgliche Schluckbeschwerden, Trachealerweichungen und ungenügende Lungenlüftung vermieden werden; ebenso werden Nebenverletzungen von Nerven und selbst kleineren Aesten vermieden. Der Blutverlust bei der Operation ist gering und verdient das Verfahren den Vorzug vor dem Baumgärtner's. Vielleicht ist diese Methode auch geeignet, das Eintreten der Cachexia strumipriva selbst nach totalen Strumectomien zu verhindern, da ja Kocher und Baumgärtner bewiesen haben, dass ein grosser Theil der Erscheinungen derselben durch Nebenverletzungen von Gefässen und Nerven bedingt seien. Dass die Cachexia strumipriva nicht durch den Fortfall der Schilddrüsenfunction allein bedingt sei, beweisen die nicht wenigen Fälle, wo sie nach totalen Strumectomien ausgeblieben ist. Auch die Bucher'sche Auffassung, dass die Cachexie das zweite Stadium der Kropfkrankheit sei, scheint nicht genügend begründet.

Weiter beobachtete W. bei seinem ersten Pat. nach der Operation Schrumpfung der zurückgebliebenen Partie, eine Thatsache, die schon Küster erwähnt und L. Jones bestimmt vertritt.

Die Ursachen der Kropfasphyxie sind verschiedene: Zusammenklappen der erweichten Trachea (Rose), secundäre Herzaffectionen (Eberth), Affectionen der Recurrentes (Seitz), Glottisoedem durch Compression der Halsvenen (Virchow) und Umkippen der Trachea bei Bewegungen des Kranken, namentlich wenn schon Deviationen vorhanden sind. Doch können alle diese Ursachen fehlen und man muss annehmen, dass der Moment, wo der Organismus den sich stets steigernden Luftmangel nicht mehr erträgt, plötzlich einer Vergiftung gleich eintreten kann.

Bei Fall 1 hat W. ferner die Beobachtung gemacht, dass bei Kropfasphyxie die Möglichkeit der Lebensrettung noch nicht ausgeschlossen ist, selbst wenn der Kranke bereits 15—20 Minuten hindurch nicht mehr geathmet hat; diese Möglichkeit ist nur vorhanden, wenn secundäre Herzaffectionen nicht bestehen und die Trachea nicht erweicht ist.

Dr. Götze.

Zur Aetiologie der Parästhesien des Rachens. Von J. Sinowjew. (Separatabzug a. d. Protokoll d. russ. Gesellschaft d. Aerzte in Moskau 1884.)

Nach der ausführlichen Erläuterung des heutigen Standes der Lehre über Parästhesien des Rachens, theilt S. vier Fälle diesbezüglicher Krankheit in Folge von Ohrenleiden mit, eine Ursache, deren Bedeutung bis jetzt noch nicht genug gewürdigt zu sein scheint.

1) Eine Nonne, 26 Jahre alt, leidet schon seit 2 Jahren nach einer acuten Rachenentzündung an immer zunehmender Parästhesie der rechten Rachenseite (Pikkeln, Brennen etc.). Objectiv Pharyngitis granulosa und rechtsseitige Otorrhoea. Nachdem das Sistiren des Ausflusses erzielt worden war, nahm auch die Parästhesie bedeutend ab. — Recidive des Ausflusses und der Parästhesie, und wieder eine Verminderung der letzteren nach der Ausheilung des ersteren. — 3 Jahre nachher fand S. wieder unbedeutende Eiterung im Ohre; nun erzielte er nicht nur ein

Sistiren der Eiterung, sondern brachte auch die Perforation zur Vernarbung: damit wurde eine gänzliche Beseitigung der Pharyngeal-Beschwerden erreicht.

Im zweiten Falle (eine Frau, 32 Jahre alt) war die Parästhesie durch Otitis media mit Granulationswucherung am Trommelfelle und an der hinteren Wand des knöchernen Gehörganges verursacht und verschwand bei entsprechender Behandlung des Ohres.

Im dritten Falle schwand die Krankheit gleich nach der Paracentese des Trommelfells; bemerkenswerth ist, dass die Kranke selbst nichts von ihrem Ohrenleiden (Tymp. serosa) ahnte. — Der vierte Fall ist den ersteren ähnlich.

In der Literatur fand S. nur zwei ähnliche Beobachtungen und drei von Ruff (Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 12, 1878) und von Semon (Mackenzie's Lehrb., Bd. I, S. 564). E. Stepanow.

Ueber Amygdalitis und ihre Beziehung zu den febrilen Zuständen der Kinder. (De l'amygdalite et de ses relations avec les ancs fébriles de l'enfance.) Von Dr. X. (The med. Times, Janvier 1885, und Revue mensuelle de laryngologie No. 7, 1885.)

Die Amygdalitis ist eine häufige und oft verkannte Ursache der Fieberanfälle bei den Kindern. Wenn man bei einem fiebernden Kinde alle entzündlichen Affectionen der drei grossen Körperhöhlen ausschliessen kann, so soll man den Rachen untersuchen und man wird dann meistens eine acute Amygdalitis mit folliculären Geschwüren finden; der Anfall dieser Amygdalitis beginnt entweder schleichend oder plötzlich mit Erbrechen und selbst Convulsionen. Die Behandlung solcher Anfälle fordert keine ausserordentlichen Maassregeln, blos soll man bei öfters eintretenden Recidiven die etwa hypertrophirten Mandeln exstirpiren. Dr. P. K.

Ein seltener Stein im Gebiete der rechten Mandel. Von Pargamin. (Arzt No. 18, 1885.)

Ueber den zweiten Fall des Steines auf der Mandel. Von Professor Winogradow. (Ibidem.)

Der Stein befindet sich über der rechten Mandel zwischen dem Arc. palat.-gloss. und palat.-pharyng. und verursachte beständige Schmerzen im Gebiete des rechten Mandibulargelenks und Schluckbeschwerden. Sein Gewicht etwa 1 Dr.

Nach der Untersuchung von W. bestand er aus feinkörniger organischer Masse, Epithelialzellen, einer grossen Menge von Lepthothrix buccalis und Kalksalzen. E. Stepanow.

Ueber Hemiatrophie der Zunge. Von Prof. Dr. L. Hirt. (Berliner klin. Wochenschrift, 1885, No. 26.)

H. beschreibt einen Fall von rechtsseitiger Zungenatrophie nach einem apoplectiformen Insult; nach demselben war die Sprache unrein und schlug öfters um, das Schlucken von Flüssigkeiten wurde unmöglich, da dieselben regurgitirten und es stellte sich reichliche Salivation ein. Objectiv fand sich Atrophie der rechten Zungenhälfte bei erhaltener Beweglichkeit, Sensibilität und Geschmacksempfindung; in der atroph. Hälfte Entartungsreaction. Würg- und Schlingreflexe fehlten; die laryngoscopische Unter-

suchung ergiebt rechtsseitige Recurrenslähmung. H. nimmt eine Blutung resp. embolische Erweichung im rechten Hypoglossus und Vagus-Accessorius-Kern an. Der Fall ist dadurch interessant, dass er zeigt, dass Hemiatrophie der Zunge auch ohne Tabes vorkommen kann.

Dr. Götze.

Einen Fall von Lymphosarcoma linguae zeigte J. Hutchinson in der Londoner Med. chir Society. (Lancet 1885, 13. Juni.)

Patient, ein 22jähr. Student, hatte den Tumor von früher Jugend an. Derselbe wog nach der Operation sieben Unzen. In derselben Sitzung zeigte er noch einen Fall von papillärer und naevoider Mole der Zunge. Bei der Discussion der Fälle betrachtete ein Theil der Redner diese Formen als degenerirte Naevi, Hutchinson indessen betonte das „Molen"-Element, d. h. eine Hypertrophie verschiedener Gewebe. (!?)

Dr. M. Sch.

Zwei Fälle von Entfernung der ganzen Zunge wegen Epithelioms; Bemerkungen. (Two cases of removal of the nohole tongue for epithelioma; remarks.) Von Berkeley Hill, London. (Lancet 1885, 18. Juli.)

Die Abhandlung ist eine nur chirurgische und empfiehlt nach Whitehead die Durchtrennung des Unterkiefers in der Mitte und Exstirpation der Zunge mit der Scheere.

Dr. M. Schm.

Das Williams'sche pneumatische Cabinet. (Aus den [noch nicht veröffentlichten] Verhandlungen der wissenschaftlichen Versammlung deutscher Aerzte von New-York vom 24. April 1885)

Dr. Tiegel berichtet über Versuche, welche er mit dem von Herbert F. Williams aus Brooklyn erfundenen pneumatischen Cabinet angestellt hat. Das Princip desselben besteht darin, dass der ganze Körper in ein relatives Vacuum gebracht wird, dass man aber gewöhnliche atmosphärische Luft athmet. Ein Kasten kann durch eine Thür hermetisch verschlossen werden, in welchem sich ein Hahn befindet, der einerseits mit der äusseren Luft, andererseits mit einem Tubus von weichem Gummi communicirt. Der Patient begiebt sich in das Cabinet, der Hahn wird geschlossen, die Thür luftdicht verschlossen und durch eine Saugpumpe wird der Druck innerhalb des Cabinets von 1—30 Mm. Quecksilber erniedrigt. Nachdem der Kranke den Tubus in den Mund genommen, die Lippen luftdicht um denselben geschlossen und seine Nase zugeklemmt hat, wird der Hahn, an welchem der Tubus festgemacht ist, geöffnet. Wenn der Kranke seine Athmungsmuskeln vollkommen erschlafft, so kommt sein Thorax und sein Zwerchfell von selbst in die Stellung von forcirter Inspiration. Bei der Exspiration muss der Kranke forcirt ausathmen. Das Volum Luft, das bei jedem Athemzug inspirirt und exspirirt wird, steigt von 500 Cc. (normal) auf 1500 Cc. Die Arbeit der Exspirationsmuskeln innerhalb des Cabinets ist merklich grösser als normal. Der Erfolg auf die Circulation besteht in einer Erhöhung des arteriellen Blutdruckes und Zunahme der Pulsfrequenz. Nach einer Reihe physiologischer Untersuchungen, namentlich von Quincke und Täuffer, Kowalewsky und vielen Anderen, muss dieser Erfolg erklärt

werden dadurch, dass der Widerstand, den das Blut bei seinem Durchgang durch die Lungen vom rechten nach dem linken Herzen findet, abnimmt und es dadurch dem Venensystem des Körpers leichter wird, sich durch Herz und Lungen hindurch in das Arteriensystem zu entleeren.

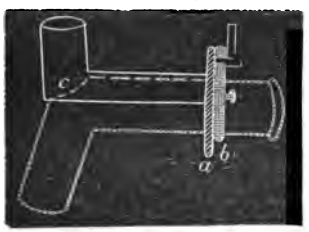
Setzt man vor den Hahn einen Spray, so werden Theilchen desselben bis in die Alveolen hineingebracht. (Beweis durch einen Versuch mit einem Kaninchen.)

Wenn ein noch lufthaltiger Theil der Lunge durch einen Schleimpfropf in einem Trachealast von der äusseren Luft abgeschlossen ist, so wird sich innerhalb des Cabinets die abgeschlossene Luft ausdehnen und kann der Pfropf so nach aussen geschoben werden. Hiermit in Zusammenhang steht die regelmässig beobachtete Thatsache, dass in dazu geeigneten Fällen unmittelbar nach einer Sitzung reichliche Expectoration erfolgt.

Es sind gegenwärtig (October 1885) etwa 20 derartige Cabinete in den Vereinigten Staaten in Gebrauch. Ueber alle näheren Verhältnisse erkundigt man sich bei Dr. Herbert F. Williams, 252 Madison Avenue, New-York. A. Sch. (N.-Y.)

Canüle, angewendet zur Behandlung eines Falles von Granulations-Stenose des Kehlkopfes mit nachträglicher Faltenbildung an der hinteren Wand. (Monatsschr. f. ärztl. Polytechnik H. 11, 1885.)

In einem früher von mir beschriebenen Falle von Faltenbildung an der hinteren Kehlkopf- und Trachealwand (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie



1880) gelang die Herstellung durch eine Canüle, welche auf die hintere Wand einen Druck ausübte. Da diese Canüle auf die Erweiterung des Kehlkopflumens keinen Einfluss hatte, so liess ich für einen Fall von gleichzeitiger Granulationsstenose des Kehlkopfes die abgebildete Canüle anfertigen und glaube, dass dieselbe wohl für die meisten Fälle von Stenose des unteren Kehlkopf- und obersten Trachealabschnittes mit Vortheil angewendet werden kann. Indem ich in Bezug auf die genauere Beschreibung auf das Original verweise, will ich hier nur anführen, dass diese Canüle leicht einzuführen ist, keine Faltenbildung an der hinteren Kehlkopf-Trachealwand gestattet und in situ gereinigt werden kann.

Der verehrl. Redaction der Ill. Monatsschr. danke ich für die gefällige Ueberlassung der Holzstöcke.

Kiesselbach.

Zur Entfernung der Canüle nach der Tracheotomie. Von Medicinalrath Hüpeden in Hannover. (Berliner klin. Wochenschrift, 1885, No. 27.)

H. empfiehlt zum Offenhalten der Trachealwunde in der ersten Zeit nach Emtfernung der Canüle und zum Ersatz für das Verstopfen der

Nachbehandlungscanüle ein Instrument, das in Grösse und Biegung den Canülen nachgebildet ist, aber statt der Trachealröhre einen soliden, sich mehr und mehr verengenden Elfenbeinzapfen hat; dieser trägt am Ende einen scheibenförmigen Knopf von dem Durchmesser, den die Trachealwunde behalten soll. Neben dem Instrument wird der Schleim leichter passiren und der Knopf trennt beim Herausziehen die etwa schon verklebten Wundränder. Dr. Götze.

Die respiratorische Function des Kehlkopfes; Thierversuche. (The Respiratory Function of the Human Larynx). Von Franklin H. Hooper in Boston. Vorgetragen in der American Laryngological Association am 24. Juni 1885. (New-York med. Journal, 4. Juli 1885.)

Bei durch Aether tief narcotisirten Hunden erfolgt auf Reizung des Recurrens vermittelst des Inductionsstromes Abduction des Stimmbandes. Nach Aussetzen des Aethers wird die Abduction immer weniger ausgiebig und schlägt schliesslich, wenn das Thier sich nahezu erholt hat, in Adduction um. Zwischen beiden Extremen existirt ein neutraler Punkt, bei welchem die Reizung des Nerven blos eine „vibrirende" Bewegung des Stimmbandes auslöst. — Morphin, Chloralhydrat und Chloroform vermindern zwar die Reizempfindlichkeit der Adductoren, doch kommt es unter ihrem Einfluss nie zum Ueberwiegen der Abductoren, wie in der tiefen Aethernarcose. — Einige Modificationen dieser Versuche sind im Original nachzusehen. A. Sch. (N.-Y.)

Inhalt.

I. Originalien: Stepanow: Vicariirende Ohrenblutungen mit vorübergehender Taubheit combinirt. — Baumgarten: Aetzmittel und ihre Anwendung bei Ohren-, Kehlkopf-, Nasen- und Rachen-Krankheiten. — Lange: Aus meinem Instrumentarium. — — II. Referate und Recensionen: a) Oto-rhinologische: Bremer: Die Bedeutung der Ohrenkrankheiten für die Militairdienstfähigkeit. — M'Bride: Klinische Beobachtungen über Syphilis des Ohres und des Halses. — Pomeroy: Otologische Mittheilungen — Truehart: Fibröse Geschwulst des Mittelohrs. — Pomeroy: Nachweisung einseitiger Taubheit — Bresgen: Ueber Chromsäure-Aetzungen in der Nasenhöhle. — Putilow: Ersatz des Bellock'schen Instruments durch eine Drainröhre. — Watson: Ueber die Behandlung des Heufiebers mit Cocain. — Robinson: Zur Therapie des Heufiebers. — Kitchen: Zur abortiven Behandlung des Schnupfens. — Lincoln: Entfernung eines Melanosarcoms der Nase durch die galvanocaustische Schlinge. — Mackenzie: Isolirung des Wärmesinns durch Cocain. — Fronstein: Ein Fall von circumscriptem Oedem der Nasenschleimhaut. — Glasgow: Vasomotorische Rhinitis. — Mackenzie: Zur pathologischen Histologie des Schnupfens. — Jarvis: Hereditäre Nasenstenose als Ursache von Phthise. — Gleitsmann: Ueber Schiefstellung des Septum narium. — Jarvis: Die aetiologische Bedeutung des schiefgestellten Septum narium beim Nasencatarrh. — Harrison: Fliegenlarven in der Nase. — Sexton: Nomenclatur der Ohrenkrankheiten. — b) Pharyngo-laryngologische: Gouguenheim und Lermoyez: Physiologie der Stimme und des Gesanges. Hygiene des Sängers. — Wolff: Zur Lehre vom Kropf. — Sinowjew: Zur Aetiologie der Parästhesien des Rachens. — Ueber Amygdalitis und ihre Beziehung zu den febrilen Zuständen der Kinder. — Pargamin: Ein seltener Stein im Gebiete der rechten Mandel. Winogradow: Ueber den zweiten Fall des Steines auf der Mandel. — Hirt: Ueber Hemiatrophie der Zunge. — Hutchinson: Ein Fall von Lymphosarcoma linguae. — Hill: Zwei Fälle von Entfernung der ganzen Zunge wegen Epithelioma. — Tiegel: Das Williams'sche pneumatische Cabinet. — Kiesselbach: Canüle, angewendet zur Behandlung eines Falles von Granulations-Stenose des Kehlkopfes mit nachträglicher Faltenbildung an der hinteren Wand. — Hüpeden: Zur Entfernung der Canüle nach der Tracheotomie. — Hooper: Die respiratorische Function des Kehlkopfes.

Beiträge oder Referate beliebe man an Herrn Prof. Dr. Weber-Liel in Jena (z. Z. auf Urlaub in Mallendar bei Vallendar a. Rh.) einzusenden; ebenso alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive, Separat-Abdrücke und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan, Berlin SW., Alte Jacobstr.6.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität, Ohrenarzt d. Allg. Krankenhauses in **Wien**

Dr. J. M. ROSSBACH
o. ö. Prof. d. spec. Pathol. u. Therap. u. Vorstand der medicin. Klinik an der Universität in **Jena**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität in **München**

Dr. L. v. SCHRÖTTER
Prof. u. Vorstand d. Klinik für Halskrankh. an der Universität in **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität in **Breslau**

Dr. WEBER-LIEL
Prof. f. Ohrenheilk. u. Vorstand d. Ohrenklinik an der Universität in **Jena**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XIX. **Berlin, December 1885.** **No. 12.**

I. Originalien.

Casuistische Beiträge zur Lehre von den Anomalien der Gaumentonsillen.

Von

Prof. Dr. **A. Jurasz** in Heidelberg.

I. Ein Fall von Tonsilla pendula.

Heinrich Braun, 18 J. alt, Gärtner von Heilbronn, stellte sich im Juni 1883 wegen einer leichten Verdauungsstörung in der Ambulanz der hiesigen internen Klinik vor. Die stark nasale Stimme des Patienten gab die Veranlassung zur Untersuchung der Nase und des Rachens. Es wurde dabei ein grosser Tumor in der Rachenhöhle entdeckt und Patient in die chirurgische Klinik verwiesen. Am 23. Juni hatte Herr Geh. Rath Czerny die Güte, mir diesen Fall zur Vorstellung in meiner ambulatorischen Klinik zu schicken, wobei ich folgenden Befund constatirte.

Patient ziemlich gut ernährt, für sein Alter etwas klein, sprach im hohen Grade durch die Nase. Die Nasenhöhlen waren frei, und auch die Rachenhöhle erschien im ersten Momente der Inspection nicht wesentlich abnorm. Nur der Raum zwischen den beiden Gaumenbögen rechts war auffallend gross, da an der Stelle, wo gewöhnlich die Tonsille sitzt, sich nur einige unbedeutende Rudimente des Tonsillargewebes

vorfanden. Links war die Tonsille besser entwickelt, aber immerhin kleiner, als gewöhnlich. Nachdem man in der ersten Secunde der Untersuchung die eben angegebenen Verhältnisse der Rachenhöhle festgestellt hatte, wurde man in der nachfolgenden Secunde durch ein plötzliches, unerwartetes und geräuschloses Erscheinen eines grossen Tumors überrascht, welcher aus der Tiefe des Rachens emporstieg und schnell den ganzen Isthmus faucium ausfüllte. Der Tumor war von weissgrauer Farbe, weich, gelappt und zeigte die Grösse eines kleinen Hühnereies. Nicht ohne Schwierigkeiten liess sich nachweisen, dass der Ausgangspunkt der Geschwulst sich rechts in den tieferen Abschnitten des Rachens befand, wo dieselbe an einem ziemlich dünnen Stiele befestigt war. Beschwerden hatte der Patient mit Ausnahme der nasalen Sprache keine, das Schlucken und das Athmen waren merkwürdiger Weise nie behindert. Bezüglich der Dauer der Geschwulst liess sich nichts Bestimmtes eruiren. Patient gab nur an, dass er seit der ersten Kindheit, soweit er sich überhaupt erinnern könnte, stets durch die Nase gesprochen hätte.

Nachdem die Geschwulst am 24. Juni von Herrn Geh. Rath Czerny mit einem Ecraseur entfernt worden war, zeigte es sich, dass dieselbe von der vorderen Wand des rechten hinteren Gaumenbogens in seinen untersten Abschnitten ausging. An dieser Stelle nämlich konnte man ein kleines Ueberbleibsel des Stiels in Form eines kleinen, linsengrossen, mit Belag versehenen Vorsprungs wahrnehmen.

In Alcohol erhärtet und zu der Grösse einer grossen Wallnuss zusammengeschrumpft, bot der Tumor macroscopisch folgende Eigenschaften dar:

An dem ungleichmässig kugeligen Tumor sass an einer Stelle ein ziemlich dünner, kurzer Stiel. Die Oberfläche war uneben in Folge von mehr oder weniger tief gehenden Furchen, welche grössere und kleinere Lappen bildeten. Der Schleimhautüberzug war überall glatt. Die Schnittfläche zeigte ein Gewebe, welches zum Theil von dichter, mehr fleischiger Consistenz war, zum Theil deutliche, straffe Gewebszüge enthielt, die viele kleinere bis linsengrosse Hohlräume einschlossen.

Die microscopische Untersuchung, welche ich dem Herrn Dr. Baenziger, gew. 1. Assistenten am hiesigen pathologisch-anatomischen Institute verdanke, bestätigte die schon in situ und macroscopisch gestellte Diagnose einer einfach hypertrophischen Tonsille. Die mit blossem Auge nachgewiesenen, vielfach verzweigten, geschlängelten Spalten und Crypten der Oberfläche der Geschwulst entsprachen den Eingängen in ein auf dem Durchschnitte hervortretendes System eben so viel gestalteter, complicirter Schläuche und Höhlen, die von dem mehrschichtigen Pflasterepithel der Oberfläche ausgekleidet waren. Das letztere ruhte auf einer mächtigen Lage diffus angeordneten, dichten, adenoiden Gewebes, in welchem zunächst dem Epithel zahlreiche typische, circumscripte Lymphfollikel nachzuweisen waren.

An vielen Stellen fand sich schon in den oberflächlichen adenoiden Partieen eine beginnende hyaline Degeneration des reticulären Zwischengewebes theils in Form von feinen, länglichen Faserzügen, theils in Form von rundlichen Inseln. Beide standen oft in nachweisbarem Zusammenhange mit kleineren Gefässen, deren Wände dieselbe Veränderung zeigten. Diese hyaline Degeneration des Stützgewebes nahm gleichzeitig

mit einer Rarefication der Leucocyten nach der Tiefe hin zu, wo das Gewebe schliesslich in ungleichmässiger Vertheilung nur noch aus verschieden dicken, geschlängelten, hyalinen Fasern und rundlichen Schollen mit spärlich eingelagerten Zellen bestand. Von den einzelnen Wandschichten der hier verlaufenden grossen und kleinen Gefässe war Nichts mehr wahrzunehmen, indem die hyalinen Partieen der Umgebung unmittelbar an den Endothelschlauch sich anschlossen. Die letzteren waren nicht selten bis dicht unter die Epithelschicht zu verfolgen, wo sie dann vollständig an die Stelle des hier verschwundenen adenoiden Gewebes traten.

Das Epithel war durchsetzt von zahlreichen Wanderzellen. Dieselben fanden sich am spärlichsten an den Stellen, wo die Unterlage eine hyaline Umwandlung erfahren hatte, am reichlichsten dort, wo sie aus intactem, dichtem Lymphgewebe bestand, ganz besonders über den Kuppen der Follikel. Hier fehlte auch jede Spur einer Basalmembran des Epithels, während eine solche sonst vielerorts, wenn auch undeutlich, nachzuweisen war. In den oben beschriebenen Buchten und Hohlräumen der Epitheleinstülpungen zeigten sich grosse Mengen von theils zusammenhängenden, theils losen desquamirten gequollenen, kaum tingirten Epithelzellen, vermischt mit durchgewanderten Leucocyten. —

II. Ein Fall von Tonsilla accessoria.

Frau Wilhelmine B., 30 J. alt, aus Wolfstein (Pfalz), consultirte mich am 14. Juli 1884 wegen häufigen Kratzens im Halse und wegen eines Hustenreizes. Die etwas gracil gebaute und anaemische Frau klagte ausserdem über Unterleibsbeschwerden und befand sich deswegen später in der Behandlung des Herrn Dr. Cohnstein. Objectiv fand ich die Brustorgane normal. Auch der Kehlkopf, die Nase und der orale Theil des Rachens boten, mit Ausnahme einer auffallend schwachen Entwickelung der Tonsillen, keine besondere Veränderung dar. Dagegen fand sich bei der rhinoscopischen Untersuchung im Nasenrachenraume eine etwa haselnussgrosse, längliche Geschwulst, welche eine gleichmässig rothe, höckerige Oberfläche zeigte und auf einem breiten Stiele unterhalb des rechten Tubawulstes an dem obersten Abschnitte der Plica salpingopharyngea sass. Nach dem Aufheben des Gaumensegels mittelst eines Hakens konnte man einen Theil der Geschwulst auch ohne Anwendung des Spiegels sehen. Sonst liess sich im Nasenrachenraume keine andere Anomalie nachweisen. Die Tubamündung zeigte die gewöhnliche gelbe Farbe, die Rachentonsille war nicht vergrössert, die Choanen waren frei. Gehörschwäche bestand nie. Auch sonstige Beschwerden fehlten.

Wiewohl die constatirte Geschwulst im Nasenrachenraume nicht mit Bestimmtheit als die Ursache der Paraesthesien des Rachens angesehen werden konnte, vielmehr die letzteren, wie es sich später herausstellte, mit Recht als Reflexe seitens einer Erkrankung in der Genitalsphäre aufgefasst wurden, so entschloss sich doch die Patientin sofort, die Geschwulst operiren zu lassen. Ich entfernte dieselbe mit einer galvanocaustischen Schlinge. Der Stumpf der Neubildung wurde nachträglich noch mit dem Galvanocauter geätzt, worauf jede Spur der Geschwulst verschwand. Die Paraesthesien des Rachens bestanden unverändert fort, bis die Besserung des Uterinleidens auch eine Besserung in dieser Richtung herbeiführte.

Was die Geschwulst des Nasenrachenraums anlangt, so hielt ich

dieselbe nach der äusseren Beschaffenheit für ein Papillom. Die Oberfläche nämlich zeigte sich zusammengesetzt aus vielen, 1 — 2 Mm. im Durchmesser betragenden, kleinen Schleimhautinseln, die durch schmale, spaltenförmige Einsenkungen gegen einander abgegrenzt waren. Die microscopische Untersuchung aber, die auch in diesem Falle Herr Dr. Baenziger vorzunehmen die Güte hatte, ergab einen Befund, der zu der Annahme berechtigte, dass es sich hier um eine accessorische Tonsille handelte, welche sich an dieser ungewöhnlichen Stelle wahrscheinlich schon im foetalen Leben entwickelte und, ohne der Patientin jemals irgend welche Beschwerden verursacht zu haben, zufällig entdeckt wurde.

Das Ergebniss der microscopischen Untersuchung war folgendes:

Ein bindegewebiger Grundstock geht allmählig in eine oberflächliche, papillär angeordnete Lage lymphatischen Gewebes über, welches vom Epithel des Mutterbodens überkleidet ist. Die einzelnen Papillen sind 1—3 Mm. breit und ungefähr ebenso lang, von rundlicher Gestalt.

In der weitaus grössten Ausdehnung der Oberfläche ist das Epithel ein mehrschichtiges Flimmerepithel mit zahlreichen Becherzellen. Nur an der Kuppe einiger Papillen, deren etwas abgeflachte Form auf eine stattgehabte Druckwirkung von aussen hinweist, zeigt die Bekleidung den Character eines mehrschichtigen Pflasterepithels.

Das adenoide Gewebe, das direct unter dem Epithel liegt, von diesem stellenweise durch eine deutliche, wenn auch zarte Basalmembran getrennt, ist in allen Modificationen vorhanden. Zunächst unter dem Epithel als diffus angeordnetes compactes lymphatisches Gewebe mit einem äusserst zarten Reticulum, dann in allmähligem Uebergange in eine lockere, zellenärmere Formation mit mehr hervortretendem Stützgewebe, das in zunehmender Mächtigkeit schliesslich sich mit dem nur aus derbem, fibrösem Bindegewebe bestehenden Grundstocke verbindet. — Ausserdem sind fast an der ganzen Geschwulstoberfläche in den Kuppen der Papillen viele, oft ganz dicht stehende, umschriebene Lymphfollikel in das diffus angeordnete adenoide Gewebe eingelagert.

Das Epithel ist in verschiedenem Maasse von Leucocyten durchsetzt, am reichlichsten über den Stellen grösster Dichtigkeit des adenoiden Gewebes, besonders über den Follikeln, was Stöhr (Ueber Mandeln und Balgdrüsen. Virchow's Archiv, Bd. 97, S. 223 u. 225) für die Balgdrüsen und Tonsillen verschiedener Thiere als eine regelmässige Erscheinung beobachtet hat. An diesen Stellen ist auch die Basalmembran des Epithels kaum oder gar nicht mehr zu unterscheiden.

In der intermediären Zone zwischen dem derben Bindegewebe und der adenoiden Partie des Tumors finden sich über den ganzen Durchschnitt zerstreut vereinzelte Inseln von 2—20 und mehr grossen Fettzellen. Das Bindegewebe selbst zeigt in dem centralsten Theile eine homogene, hyaline Beschaffenheit, die kaum noch eine bestimmte Structur erkennen lässt.

Die ganze Geschwulst ist reichlich mit Gefässen versorgt: kleinere Arterien und grössere, stellenweise beträchtlich dilatirte Venen gehen in fächerförmiger Ausbreitung von der Basis nach der Peripherie, wo erst sich beide in ein dichtes Capillarnetz auflösen. Hier trifft man ab und zu einzelne, kleinere, feinwandige Gefässe, die geradezu angeschoppt sind

mit weissen Blutkörperchen. An anderen Stellen finden sich die Adventitialscheiden kleinerer Blutgefässe mit Leucocyten angefüllt.

An einer Stelle des Tumors besteht ein circa 1 Mm. breiter und 2 bis 3 Mm. langer Hohlraum, der zum Theil eine helle, feingranulirte Masse enthält und dessen Wand aus einer dicken Lage theils hyalinen, theils myxomatösen Bindegewebes besteht und auf einzelnen Schnitten durch eine enge Oeffnung continuirlich in die Oberflächenbekleidung der Geschwulst übergeht, deren Epithel nach dem Hohlraum zu, sich allmählig abflachend, verschwindet. Der Hohlraum ist demnach wohl mit Sicherheit als ein durch Retention des Secretes cystisch erweiterter Ausführungsgang einer Schleimdrüse anzusehen, wiewohl die letztere selbst sich in den untersuchten Schnitten nicht vorfand.

Die Thatsache des gleichmässigen Aufbaues aus diesen verschiedenen Geweben schliesst den histoiden Character der Geschwulst aus. Dieselbe ist als eine circumscripte papillomatöse Ausstülpung der Schleimhaut zu betrachten, welch' letztere gerade im Schlundgewölbe in ziemlich gleichen Verhältnissen aus den Componenten des Tumors sich zusammensetzt. Das Vorwiegen des adenoiden Gewebes, speciell die grosse Anzahl typischer Lymphfollikel scheint die Berechtigung zu bieten, das Ganze als eine accessorische Tonsillenbildung aufzufassen, wenn auch die Anhäufung des Lymphgewebes nicht gerade um die interpapillären Buchten der Epitheldecke, sondern in den Kuppen der dazwischen liegenden Papillen sich findet, also gerade umgekehrt, wie in den eigentlichen Tonsillen angeordnet ist, so dass ein Durchschnitt das Bild einer Tonsille mit ausgestülpten Krypten bietet. Das Epithel ist, dem Mutterboden entsprechend, grösstentheils ein Flimmerepithel, was für die Diagnose einer Tonsille wohl gleichgiltig ist.

Der „Tonbringer".

Von

A. Rettig in Saarbrücken.

Deutsches Reichspatent No. 14882.

Mitgetheilt auf Grund eigener Kenntnissnahme auf Ersuchen des Redacteurs der Monatsschrift von Dr. Haupt, Landgerichtsarzt (Werden in Bayern).

Bekannt sind aus der experimentellen Physik die parabolischen Reflectoren, welche die Eigenschaft besitzen, dass sie alle zur Hauptaxe parallel einfallenden (Licht- und Schall-) Strahlen in einem Punkte, dem Brennpunkte, vereinigen und umgekehrt alle von einer im Brennpunkt befindlichen Licht- oder Schallquelle ausgehenden Strahlen in parallelen Richtungen nach Aussen reflectiren. Das im Brennpunkt eines solchen Reflectors befindliche Ohr vernimmt (Tyndall, der Schall, I. Vorlesung) den von einer entfernten Schallquelle ausgehenden Schall, während an den andern Stellen nichts gehört wird. Die Verwendung derartiger Apparate ausserhalb des physikalischen Laboratoriums scheint eine sehr beschränkte zu sein. Auf Leuchtthürmen werden sie benutzt, um Lichtsignale in die Entfernung abzugeben; bezüglich einer Verwendung zu practisch-acustischen Zwecken konnte ich nur eine kurze Notiz bei Tyndall auffinden, welcher (der Schall, I. Vorlesung) beiläufig erwähnt, dass man auf Helgoland den Schall einer Glocke durch Anbringung eines parabolischen Reflectors hinter derselben auf weite Entfernung hörbar

gemacht habe. In gleicher Weise könnte man parabolische Reflectoren auch als Sprachrohre benutzen. Folgender etwas modificirter Vorschlag wurde (Wüllner's Lehrbuch der Experimentalphysik) im Jahre 1763 der Academie der Wissenschaften zu Berlin unterbreitet:

Ein Paraboloid und ein Ellipsoid (s. Fig. 1) werden nach Abschneidung der Scheitel beider Körper derart miteinander verbunden, dass die beiden Hauptaxen eine gerade Linie bilden und der eine Brennpunkt des Ellipsoids mit dem des Paraboloids zusammenfällt. Wird nun in den andern Brennpunkt des Ellipsoides eine Schallquelle (der Mund des Sprechenden) gebracht, so werden alle Schallwellen im Brennpunkt des Paraboloides gesammelt und von da in parallelen Strahlen nach Aussen geleitet.

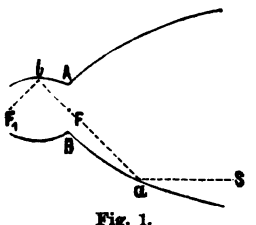


Fig. 1.
F gemeinschaftl. Brennpunkt des Paraboloids und Ellipsoids, F_1 der andere Brennpunkt des Ellipsoids, abS Strahl.

In den angeführten Fällen ist es nur die nach Aussen reflectirende Eigenschaft des Paraboloids, welche zur Wirkung kommt resp. kommen soll. Die concentrirende, strahlensammelnde Eigenschaft des Apparates aber hat bis in die neueste Zeit keine practische Anwendung gefunden.

Es ist verwunderlicher Weise ein Jünger der Themis, welchem wir die Herstellung paraboloidischer Gehörapparate verdanken, welche sowohl dazu dienen, Normalhörenden den Schall aus grosser Entfernung zuzuführen, als auch dazu geeignet sind, Schwerhörigen das Hören in der Nähe zu verbessern. In beiden Beziehungen leisten die Apparate bedeutend mehr, als alle anderen — vom Telephon und Microphon abgesehen — bisher construirten Gehörapparate.

Der Apparat befand sich auf den Ausstellungen zu Frankfurt und Berlin, ist prämiirt und patentirt worden, hat aber bis jetzt fast gar keine Beachtung gefunden.

Einsender dieser Zeilen, welcher mit dem Apparate experimentirt hat, ist in der Lage, über die Construction und Wirksamkeit desselben Auskunft geben zu können.

Um die im Brennpunkt gesammelten Schallstrahlen dem Ohre zugänglich zu machen, muss der Scheitel des Paraboloids abgeschnitten werden. Der Schnitt kann nun — immer senkrecht auf die Hauptaxe — durch den Brennpunkt selbst, wie auch vor und hinter denselben gelegt werden, der Brennpunkt kann demnach in die Schnittebene selbst, wie auch ausserhalb und innerhalb des Paraboloids zu liegen kommen. Der Herr Erfinder verwendet nur die beiden letztgenannten Arten der Schnittführung, wobei sich folgende 2 Formen ergeben:

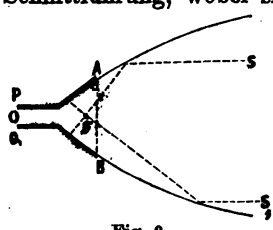


Fig. 2.
F Brennpunkt, AB Schnittebene, SS_1 Strahlen, ABPQ Röhre.

I. Form. Schnitt hinter — vom Scheitel aus genommen — dem Brennpunkt (siehe Figur 2), welcher ausserhalb des Paraboloids zu liegen kommt. Man könnte nun den Apparat so vor das Ohr halten, dass der Brennpunkt in den Gehörgang hinein fiele. Eine solche Haltung aber wäre unbequem. Es wird daher an den Scheitelausschnitt eine erst konische, dann gleich weite Röhre angesetzt, durch welche der Schall aufgefangen und weiter geleitet wird. Diese Röhre wird weiterhin mit einem biegsamen Schlauche

verbunden, dessen knopfartig gestaltetes Ende in den Gehörgang gesteckt wird. Auch die hier in Anwendung gekommene äusserst sinnreiche Construction ist eigens patentirt.

II. Form. Schnitt vor dem Brennpunkt (s. Fig. 3), welcher innerhalb des Paraboloids zu liegen kommt. Hier wird innerhalb des Paraboloids ein kleines Gegenparaboloid angebracht, welches Axenlage und Brennpunkt mit dem Hauptparaboloide gemeinsam hat. Wenn nun die Oeffnungsweite des Gegenparaboloids genau so gross ist, wie der Ausschnitt des Hauptparaboloids, so werden alle Schallstrahlen, und zwar parallel, durch den Ausschnitt geworfen. Diese Form eignet sich nur für grosse Apparate, bei welchen die Grösse des Gegenparaboloids gegenüber derjenigen des Hauptparaboloids ausser Betracht bleiben kann, weil die convexe Fläche des Gegenparaboloids einen Theil der Schallstrahlen reflectirt. Die Weiterleitung des Schalles vom Ausschnitt an geschieht wie bei Form I.

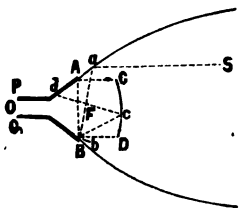


Fig. 3.
F Brennpunkt, AB Schnittebene, abS Strahl, cd reflectirter Strahl, CD Gegenparaboloid, ABPQ Röhre.

Der Erfinder hat nun weiter (mit Bezug auf das soeben über die Zuleitung des Schalles in den Gehörgang Gesagte) Vorrichtungen ersonnen und angebracht, welche den Gebrauch des Apparates im Umhergehen gestatten und die Hilfe der Hände entbehrlich machen. Zunächst wird das Ende der Leitungsröhre im Gehörgang fixirt. Dann werden Tragplatten construirt, welche die Befestigung des Apparates am Körper gestatten. Eine weitere Vorrichtung lässt die Drehbarkeit des Instrumentes zu, um dasselbe immer direct der Schallquelle zuwenden zu können. Ziemlich störend scheint für Manche vielleicht nur, besonders bei den leichteren Apparaten, der Umstand, dass die Wandungen in Eigenschwingungen gerathen und dem Schall ihren Metallklang beimischen. Diese störende „Resonanz“ *) — das grösste Hinderniss, welches dem Gebrauch stark wirkender Hörapparate überhaupt im Wege steht — möglichst zu beseitigen resp. zu dämpfen, hat nun der Erfinder eine ebenso einfache, wie geniale Vorrichtung erdacht. Um die Oeffnung des Apparates hat er einen Ring gelegt, welcher in regelmässigen Abständen Löcher hat. In diese passen Schrauben oder Stifte hinein, durch deren Anziehen und Vortreiben der Rand des Apparates zusammengepresst wird **). Näher auf diese Details einzugehen, hat keinen Zweck, weil sie

*) Die störende Resonanz verschwindet in dem Maasse, als die schwingenden Theile kleiner werden, und zwar in überraschender Weise. Es werden auf der Aussenseite des Apparates Dämpfer angebracht, und zwar in einem, den Apparat nicht berührenden, den Vorderrand des Paraboloids umfassenden Ring in Form kleiner Stellschrauben, deren Knöpfe mit Vertiefungen zur Aufnahme des Schraubenschlüssels versehen sind. Der Ring ist an einer Stelle ausgeschnitten und durch horizontale Schraube geschlossen. Da aber der Gebrauch der Einzelschrauben immer eine gewisse Kenntniss des Zusammenhangs der Sache voraussetzt, brachte der Erfinder später eben an Stelle derselben feststehende Stifte an, so dass nur die Schlussschraube des Ringes zu handhaben ist.

(D. Red. — Zusatz aus der Patentschrift.)

**) Diese Vorrichtung scheint für die dauernde Leistungsfähigkeit des Instrumentes nicht unbedenklich, weil die Gestalt des Paraboloides Schaden leiden muss. Wäre die Dämpfung nicht durch Einhüllen des Apparates in schlechtleitende Substanzen, Filz oder dergl. zu bewirken? H.

nur für denjenigen Interesse haben, welcher den Apparat benutzt und selbst die ausführlichste Beschreibung die ja doch nöthige Anschauung nicht ersetzen kann.

Um über die Leistungsfähigkeit des Apparates sich ein Urtheil zu bilden, erinnere man sich, dass Parallelismus der einfallenden Strahlen theoretische Bedingung ihrer Vereinigung im Brennpunkt ist. Daraus folgt, dass, relativ genommen, der Apparat um so mehr leistet, je entfernter die Schallquelle ist, weil mit zunehmender Entfernung die Strahlen sich immer mehr dem Parallelismus annähern. In dieser Hinsicht wirkt der Apparat ganz vorzüglich; mit grösseren Instrumenten werden Geräusche aus kilometerweiten Entfernungen gehört. Für den Eisenbahndienst, den militärischen Felddienst etc. ist der Apparat, welcher durch eine einfache Umgestaltung auch zum Sprachrohr gemacht werden kann, einer vielseitigen und wirkungsvollen Verwendbarkeit fähig.

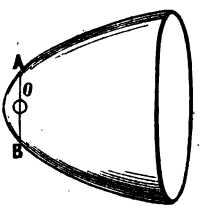
Aber auch in der Hörweite des gewöhnlichen Lebens wirkt der Apparat, obwohl bei der Nähe der Schallquelle die Strahlen schon ziemlich divergent sind, noch immer recht gut, jedenfalls um Vieles besser, als jedes andere bisher benutzte Instrument (vom Microphon selbstverständlich abgesehen).

Mit dem mir zur Verfügung gestellten Instrumente — dasselbe hatte eine Oeffnungsweite von 10 Ctm., eine Länge von 12 Ctm. (bis zur Ausschnittebene) und ein Gewicht von 500 Gramm — constatirte ich Folgendes: Die gewöhnlichen Geräusche in der Nähe waren mir auf die Dauer durch ihre Stärke unerträglich. Einen Schall von constanter Stärke — Uhrenschlag — hörte ich mit dem Apparate auf eine viermal so grosse Entfernung, als mit unbewaffnetem Ohre, was einer sechzehnfachen Tonverstärkung entsprechen würde. Dieser Effect, obwohl hinter der theoretischen Möglichkeit weit zurückstehend, ist immer noch bedeutend genug, um Schwerhörigen sehr befriedigende Dienste zu leisten. Uebrigens lässt sich ja dieser Effect noch nach Belieben steigern durch die Wahl eines grösseren Instrumentes.

Was der allgemeineren Einführung des Apparates vorläufig noch im Wege steht, ist der Kostenpunkt. Ein Instrument von mittleren Dimensionen kommt auf 150—200 Mark zu stehen. Lästig ist auch, besonders bei grösseren Instrumenten, die Schwere derselben. Vielleicht gelingt es dem Erfinder, durch Auffindung einer einfacheren Herstellungsmethode und durch die Wahl eines leichteren Materials, seinem Apparate die noch wünschenswerthen Vorzüge eines billigeren Preises und grösserer Leichtigkeit zu verleihen.

Einsender kann schliesslich nicht umhin, den Gedanken zu äussern, dass auch das nicht abgeschnittene Paraboloid zweckmässige Verwendung finden könnte. Wenn das Paraboloid der Länge nach gespalten

Fig. 4.
Schalenförmige Halbparaboloide.



O seitliche Oeffnung, AB Parameter.

Fig. 5.

würde, so könnte man die 2 schalenförmigen Halbparaboloide (s. Fig. 4) so am Kopf anbringen, dass auf beiden Seiten der Brennpunkt grade vor's Ohr fiele. Die Befestigung am Kopfe wäre mit einfachen Mitteln zu bewerkstelligen, die Leitungsröhre überflüssig; das Instrument hätte die Richtung nach vorn und würde jeder Drehung des Kopfes von selbst folgen. Oder auch: man könnte an einem Paraboloide (mit kleinem Parameter) an einer Seite, gegenüber dem Brennpunkte (s. Figur 5), eine Oeffnung anbringen, mit welcher dann das Instrument an das Ohr anzulegen wäre. Auch hier würde der Brennpunkt nahe vor das Ohr kommen; die einfache Befestigung, Ersparung der Leitungsröhre, Richtung etc. wäre wie beim vorhergehenden Vorschlage.

Wegen näherer Auskunft wende man sich, in der Gewissheit liebenswürdigster und gefälligster Bedienung, an den Erfinder, Herrn Rechtsanwalt A. Rettig in Saarbrücken, von welchem auch die Instrumente in Kürze selbst zu beziehen sind.

Zusätzl. Notiz: Aus den uns vom Erfinder übersandten Schriften ist ersichtlich, dass ausser der Hauptpatentschrift „Herstellung von Verwerthung paraboloidischer Apparate zu acustischen Zwecken", noch zwei Zusatzpatente vorliegen:

a. Vorrichtung zum Zwecke der Feststellung des Köpfchens der Leitungsröhre von Hörapparaten an der gewünschten Stelle.

b. Herstellung paraboloidischer Hör- und Sprachrohre.

c. Vorrichtung an den paraboloidischen Hörapparaten zur Verhinderung der störenden Resonanz.

Die Redaction hofft, in die Lage zu kommen, die Apparate selbst in nächster Zeit fachgemäss bei Schwerhörigen auf ihre Leistungsfähigkeit prüfen zu lassen und wird dann die Resultate der Prüfungen des „Tonbringers" bei Schwerhörigen verschiedenster Gattung in diesen Blättern mittheilen, auch dann je nachdem Veranlassung nehmen, die wichtigsten Schriftstücke des Erfinders, welche sich auf die verschiedenartigen Formen etc. des Hörapparates, seinen verschiedenartigen Gebrauch und die beste Art der Benutzung desselben beziehen, zum Abdruck zu bringen. D. Red.

Zur Pathologie des Pseudocroup.

Von

Dr. **W. Moldenhauer,** Docent an der Universität Leipzig.

Es liegen die Zeiten noch nicht gar lange hinter uns, als man zur Erklärung der den Pseudocroup begleitenden markanten Symptome wegen Mangel laryngoscopischer Beobachtungen zu allerhand Wahrscheinlichkeiten die Zuflucht nehmen musste. Die Einen legten das Hauptgewicht auf die acute catarrhalische Schwellung der Schleimhaut, ohne dabei näher bezeichnen zu können, welche Abschnitte des Kehlkopfes hier vorwiegend ergriffen zu werden pflegten, die Anderen nahmen einen krampfartigen Verschluss der Glottis oder Lähmung der Erweiterer an, noch Andere glaubten, weil die Anfälle besonders des Nachts während oder nach kurzem Schlaf einzutreten pflegten, dass eingetrocknete Schleimmassen das Respirationshinderniss bilden möchten.

Es war den Laryngologen vorbehalten, hier den Weg der Klärung anzubahnen.

Nachdem schon Stoerk[1]) und Rauchfuss[2]), gestützt auf directe laryngoscopische Beobachtungen, auf das häufige Vorkommen von isolirten Schwellungen der unterhalb der wahren Stimmbänder gelegenen Schleimhautparthie bei Pseudocroup aufmerksam gemacht hatten, und diesen pathologischen Befund besonders für die schweren stenotischen Erscheinungen und den bellenden Husten verantwortlich gemacht wissen wollten, hat später Dehio[3]) in einer sehr lesenswerthen Abhandlung nicht nur die obige Ansicht bestätigt, sondern das gesammte klinische Bild des Pseudocroup aus dieser pathologischen Veränderung zu erklären versucht. Er schreibt l. c. pag. 259: „Und ich bin der Ansicht, dass der kindliche Pseudocroup wohl in den meisten Fällen als eine intensive, rasch wieder nachlassende, acute subchordale Laryngitis aufzufassen ist."

Dem gegenüber muss es Wunder nehmen, wenn Gottstein[4]) neuerdings wieder für die Reflexkrampfstenose bei Pseudocroup in energischer Weise in die Schranken getreten ist.

Zur Lösung dieser Controverse wird es daher nöthig sein, möglichst Fälle von Pseudocroup, besonders bei ganz jungen Kindern zu sammeln, bei denen die laryngoscopische Untersuchung die klinischen Erscheinungen zu erklären im Stande ist.

Ich beginne hier mit einem Falle.

Am 13. October a. c. wurde ein 2½jähriger Knabe in meine Sprechstunde gebracht, über den die begleitende Mutter Folgendes mittheilte: Der Knabe sei am Abend vorher (12. October) völlig gesund in's Bett gebracht worden und ruhig eingeschlafen, einige Zeit darauf sei er plötzlich mit heftiger Athemnoth, Heiserkeit, rauhem bellenden Husten erwacht. Gegen Morgen hätten die beunruhigenden Symptome nachgelassen, doch seien eine bemerkbare Störung des Allgemeinbefindens, sowie die obigen Erscheinungen in modificirter Weise zurückgeblieben.

Nachmittags (13. October) sah ich den Knaben zum ersten Male. Derselbe war anscheinend fieberlos, zeigte jedoch deutliche, wenn auch nicht hochgradige Larynxstenose mit leichter Einziehung des Epigastrium, Stimme leicht heiser, Husten etwas bellend. Mund und Rachenhöhle waren völlig normal. Die laryngoscopische Untersuchung gelang ohne grosse Mühe, und konnte ich mich auf das Deutlichste überzeugen, dass der Kehlkopfeingang, sowie der obere Kehlkopfabschnitt bis herab zu den wahren Stimmbändern völlig offen und ohne jede erhebliche Schwellung war. Die Stimmbänder leicht rosenroth gefärbt, nicht deutlich paretisch. Um so auffallender war der Befund im unteren Abschnitte des Kehlkopfes. Hart an die Ränder der wahren Stimmbänder schlossen sich jederseits zwei lebhaft geröthete Schleimhautwülste, welche bei der Respiration die Ränder der Stimmbänder wesentlich überragten, nach vorn und hinten zusammen zu fliessen schienen, deren untere Grenzen sich jedoch bei der kurzen Dauer des Einblickes nicht bestimmen liessen.

---

[1]) Stoerk: Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes. Stuttgart 1880, pag. 143 u. ff. 206, 228.

[2]) Rauchfuss: Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen 1878. Bd: III, pag. 110, 112, 116.

[3]) Dehio: Jahrbuch der Kinderheilkunde. N. F., Bd. 20, pag. 243. — Vergl. Roth: Archiv f. Kinderheilkunde. 1882. Bd. III, pag. 7 u. 8.

[4]) Gottstein: Die Krankheiten des Kehlkopfes. Wien, 1884 pag. 63.

Es handelte sich also hier um eine auf eine bestimmte Gegend beschränkte entzündliche Schwellung der Kehlkopfschleimhaut, um eine Laryngitis subchordalis, oder Chorditis inferior. Der Befund erklärte zur Genüge den Symptomencomplex, vor Allem die stenotischen Erscheinungen.

Während der nächsten Nacht steigerten sich sämmtliche Symptome, doch in nicht sehr erheblicher Weise, so dass ich mich auf die Application von heissen Schwämmen auf die Kehlkopfsgegend beschränken konnte. Am folgenden Tage legten sich die Erscheinungen von Seite des Kehlkopfes nach und nach, und traten mehr bronchitische Symptome in den Vordergrund, an die sich eine leichte catarrhalische Pneumonie anschloss. Der Knabe genas in kurzer Zeit.

Jedermann muss sich die ausserordentliche Aehnlichkeit der oben geschilderten Erkrankung, sowohl was den Symptomencomplex, als den pathologischen Befund betrifft, mit der Chorditis vocalis inferior Erwachsener aufdrängen. Die Unterschiede liegen mehr in der Acuität der kindlichen Laryngitis subchordalis, bedingt durch die räumliche Beschränktheit des kindlichen Kehlkopfes, doch sind genug Fälle bei Erwachsenen bekannt, wo nur eine schnelle Tracheotomie vor dem Erstickungstode retten konnte.

Vergl. Naether: Archiv f. klin. Medicin, Bd. XXXVII, und Ziemssen: Handbuch etc.

Ueber die Beziehungen zwischen Nasen- und Zahnkrankheiten.

Von
Dr. **Ziem** in Danzig.

Meiner Publication über die Bedeutung der Zahnkrankheiten für die Entstehung von Nasenleiden[1]) möchte ich im Folgenden einige Ergänzungen hinzufügen. Doch beabsichtige ich nicht, das gesammte, in dieser Frage zu meiner Beobachtung gekommene Material in weitläufiger Ausführlichkeit und mit allen Einzelheiten hier vorzuführen; ich möchte nur einen in mehrfacher Beziehung interessanten Fall genauer mittheilen, der dann zugleich Veranlassung geben soll, auf den neulich nicht erörterten zweiten Theil der ganzen Frage einzugehen und auch über die Bedeutung der Nasenleiden für die Entstehung von Zahnaffectionen mich auszusprechen.

Inspector W., ein starker, breitschultriger Herr in den 40er Jahren, stellte sich Ende August d. J. vor wegen Verschwellung der Nase, besonders linkerseits, und starker Absonderung aus derselben. Pat. war schon 2 Jahre lang von seinem Hausarzte an diesem Leiden ohne Erfolg behandelt worden, auch die zur Abhärtung „gegen das Bischen Schnupfen" empfohlenen Seebäder hatten einen günstigen Einfluss nicht ausgeübt, im Gegentheil, die Sache war schlimmer geworden. Durch die allerdings vorhandene Anschwellung am Vorderende der Nasenmuscheln waren die Erscheinungen natürlich nicht zu erklären, und selbstverständlich habe ich davon abgesehen, den Galvanocauter auf dieselbe so ohne Weiteres einwirken zu lassen. Da entgegen der ursprünglichen Angabe, es han-

[1]) Allgem. medic. Central-Ztg. No. 70 d. J., cf. die September-No. dieser Monatsschrift.

dele sich um eine rein wässerige Absonderung aus der Nase, es sich bald herausstellte, dass dieselbe öfter von gelblichgrüner Beschaffenheit sei, dachte ich sofort an eine Erkrankung einer der Nebenhöhlen, besonders an eine Eiterung der Kieferhöhle. Von den Schulsymptomen einer solchen fand sich zwar Nichts vor, weder vermehrte Absonderung bei rechter Seitenlage oder bei nach hintenüber gebeugtem Kopfe, noch eine Auftreibung der linken Kieferhälfte oder spontane Schmerzempfindung in der entsprechenden Wange. Eine umschriebene Druckempfindlichkeit des Zahnfleisches hatte Pat. allerdings zuweilen bemerkt: dieselbe entsprach, wovon ich mich sofort überzeugte, einer etwa stecknadelkopfgrossen gestielten Schleimhautexcrescenz in der Gegend des zweiten oberen Bicuspidatus linkerseits. Der Zahn selbst bot äusserlich durchaus keine Anomalie hinsichtlich seiner Form und Färbung dar, eben so wenig wie sich sonst irgend etwas Krankhaftes an den Zähnen des Pat. bei genauer und an verschiedenen Tagen wiederholter Spiegeluntersuchung auffinden liess. Wodurch die doch immerhin abnorme Schleimhaut-Excrescenz bedingt war, habe ich mir allerdings nicht klar gemacht; ebenso habe ich auch versäumt, den betreffenden Zahn in der bekannten Weise zu percutiren. Ich glaubte, mich dahin aussprechen zu müssen, dass die Anomalie des Zahnfleisches in keiner Beziehung zu dem Nasenleiden stehe, und war daher bemüht, eine andere Ursache für die Anschwellung der Nasenschleimhaut nachzuweisen. Wennschon der Kranke vor ca. 10 Jahren sich inficirt hatte, so war auch dieser Umstand meines Erachtens nicht genügend, die Verschwellung der Nase zu erklären, und es fehlte immer noch das Moment, welches zu einer Localisation der Syphilis gerade hier Veranlassung gegeben hatte. Die Rhinoscop. post. war wegen der ausserordentlichen Reizbarkeit des Kranken mit grossen Schwierigkeiten verbunden, und es ist dies einer der im Ganzen nicht zahlreichen Fälle, in denen die Spiegeluntersuchung auch bei mehrfacher Wiederholung in befriedigender Weise mir nicht geglückt ist. Da der Kranke, der früher Trinker gewesen, nach Bepinselung des Rachens schon mit einer 2procentigen Cocainlösung ohnmachtähnliche Zufälle bekam, so dass er dann am ganzen Nachmittag über ein Schwächegefühl zu klagen hatte, und da ich kurz zuvor nach Einträufeln von 2 Tropfen einer 4procentigen Cocainlösung in den Conjunctivalsack bei einem anderen, dem Alcoholmissbrauch ergebenen Kranken einen überraschenden Collaps beobachtet hatte[2]), mochte ich zur Anwendung stärkerer Cocainlösungen, mit deren Hilfe eine vollkommenere Spiegeluntersuchung vielleicht möglich gewesen wäre, in diesem Falle mich nicht entschliessen. Nur so viel habe ich feststellen können, dass die Schleimhaut am Hinterende der unteren Nasenmuschel linkerseits etwas angeschwollen war, während ich über das Verhalten der Bursa pharyngea hier nicht ganz in's Reine gekommen bin. Doch fand sich eine erhebliche Cystengeschwulst im Nasenrachenraum, welche vermöge der Spannung ihrer Wandungen zu reflectorischer Anschwellung der Nasenschleimhaut zuweilen Veranlassung giebt (Tornwaldt), jedenfalls nicht vor, was auch durch die hier ziemlich gut ertragene Fingeruntersuchung leicht zu constatiren war. Es wurde Aussetzen der kalten Bäder, Einschränkung des vielen Rauchens und voll-

[2]) cf. m. Aufsatz über Intoxication durch Cocain, Allgem. med. Central-Zeitung No. 90 d. J.

ständige Enthaltung von Spirituosen empfohlen und ausserdem eine schwache Lösung von Jodnatrium verordnet. Doch musste letzteres schon nach wenigen Tagen ausgesetzt werden, da der Schnupfen noch stärker und deutlich eitrig geworden war. Um Mitte September wurde auf Drängen des Pat. die Anschwellung im hinteren Nasenabschnitt an mehreren Tagen mit dem Galvanocauter cauterisirt, worauf die Nase so vollkommen durchgängig wurde, dass Herr W. sich für geheilt ansah. Ich meinerseits dagegen war noch immer der Meinung, dass eine Eiterung in der Kieferhöhle die Anschwellung der Nasenschleimhaut veranlasst habe und dass die Eröffnung der Höhle wohl nothwendig werden würde. Auf letztere Operation einzugehen, war der Kranke allerdings wenig geneigt, besonders da er dann einen meiner eigenen Meinung nach gesunden Zahn hätte extrahiren lassen müssen. Erst am 2. October stellte er sich wieder bei mir ein, und zwar auf Veranlassung des Zahnarztes Herrn von Herzberg. Bald nach Anwendung des Galvanocauters war nämlich die Druckempfindlichkeit an der genannten Stelle merklicher geworden, so dass Pat. zum Zweck einer genaueren Untersuchung des Zahnes ohne mein Wissen an Herrn von Herzberg sich gewendet hatte. Herr v. H., welcher sofort erkannte, dass es um eine Periostitis des zweiten Bicuspidatus sich handelte, hatte, wie erwähnt, die Liebenswürdigkeit, vor Entfernung des Zahnes den Kranken zu nochmaliger Untersuchung zu mir zurück zu schicken. Nachdem ich mich überzeugt, dass die Percussion des Zahnes dem Kranken entschieden schmerzhaft war, ergab die nunmehr von Herrn v. H. vorgenommene Extraction die vollkommene Richtigkeit seiner Diagnose: es entleerte sich Eiter aus der Alveole, und am extrahirten Zahn fanden sich die deutlichsten Zeichen der Knochenhautentzündung vor. Schnupfenanfälle sind seitdem nicht wiedergekehrt, trotzdem Herr W. inzwischen schon den verschiedensten Schädlichkeiten, so kürzlich den Lustbarkeiten einer Bauernhochzeit, sich ausgesetzt hat.

Vermuthlich hat hier eine unbeachtet gebliebene Verletzung des Zahnfleisches und des Periostes, etwa beim Beissen auf einen harten oder spitzen Gegenstand, Veranlassung zu einer Entzündung der betreffenden Gewebe gegeben, welche unter dem Einfluss der syphilitischen Allgemeinerkrankung oder auch des Tropenfiebers, an welchem Herr W. früher gelitten, in Eiterung übergegangen ist. Dass der Krankheitsprocess schon abgeschlossen, glaube ich nicht, um so weniger, als die Wange jetzt deutlich geschwollen ist. Doch wird erst der weitere Verlauf lehren, ob es sich um eine umschriebene Erkrankung des Kieferknochens oder um eine Eiteransammlung in der Kieferhöhle handelt. Jedenfalls aber bietet der Fall ein gutes Beispiel für die Bedeutung der Zahnkrankheiten zur Erregung einer reflectorischen Anschwellung der Nasenschleimhaut.

Die erhöhte Empfindlichkeit des Zahnes, die hier der Application des Galvanocauters auf die Nasenschleimhaut bald nachgefolgt ist, steht in Uebereinstimmung mit einer Reihe von ähnlichen Erscheinungen, die ich als Folgezustände der Cauterisation der Nasenschleimhaut kürzlich besprochen habe,[3]) und dürfte wohl in derselben Weise, wie diese letzteren, durch collaterale Fluxion zu erklären sein.

Es haben schon verschiedene Autoren Zahnschmerzen nach Cauterisation der Nasenschleimhaut beobachtet, meistens allerdings ohne ge-

nauere Angaben über die Beschaffenheit der Zähne in den betreffenden Fällen zu machen. So erwähnt C. Michel, dass nach Aetzung der Schleimhaut der unteren Nasenmuschel mit Höllenstein zuweilen heftige Zahnschmerzen auftreten und dass die betreffenden Kranken dann sehr angegriffen sind und einige Stunden auf's Bett sich legen müssen.[4]) Ebenso traten in 2 von Dr. Hack beschriebenen Fällen nach Cauterisation des Vorderendes der unteren Nasenmuschel resp. nach der „Exstirpation der nasalen Schwellkörper" bei einem Herrn, der tadellose Zähne besass und an Zahnschmerzen früher nie gelitten hatte, sowie bei einer Dame heftige, mehrere Stunden anhaltende Schmerzen in den Zähnen derselben Seite, im letzteren Falle auch in der Wange auf. Ob die Zähne dieser Dame gesund oder cariös gewesen sind, ist nicht angegeben.[5]) Ebenso fehlt eine derartige Notiz in den von Dr. Goetze beschriebenen Fällen, wo nach Application des Galvanocauter auf die Nasenschleimhaut gleichfalls 1 mal Infra-, 1 mal Supramaxillarneuralgie beobachtet worden ist.[6]) Auch Dr. Schech erwähnt nur im Allgemeinen, dass blitzartig durchschiessende Schmerzen, welche in die Zähne des Oberkiefers, die Haut der Wange und die Mundschleimhaut ausstrahlen, fast constant bei Operationen in der Nase beobachtet werden,[7]) und Dr. Schäffer, welcher Schmerzen in den Gesichtsknochen und den Zähnen, Schwellung der Gesichtsmusculatur und erysipelatöse Röthe der Gesichtshaut bei Cauterisation der Nasenschleimhaut häufig beobachtete, hat gleichfalls versäumt, über die Beschaffenheit der Zähne in seinen Fällen etwas Genaueres anzugeben.[8])

So häufig, wie Schech und Schäffer, habe ich meinerseits Zahnschmerzen nach Cauterisation der Nasenschleimhaut nicht beobachtet und ich kann nur über 4 Fälle genauere Notizen auffinden.

Die erste Beobachtung der Art habe ich im Sommer 1879 bei Frau Ph. aus Schidlitz gemacht, welche wegen chronischer Nasenblennorrhoe mit vorwiegender Verstopfung der linken Nasenhälfte in meiner Behandlung stand. Als hier das übrigens nur mässig geschwollene Vorderende der unteren linken Nasenmuschel mit dem Galvanocauter betupft wurde, trat Schmerz in der oberen Zahnreihe und besonders in einem hochgradig cariösen Backzahn der linken Seite auf. Sowie man in diesem Falle mit einem etwas dicken Wattetampon in den unteren Nasengang eindrang und so einen gewissen Druck auf die Nasenwandungen ausübte, quoll unter dem vordersten Abschnitt der untersten Nasenmuschel eine ansehnliche Eitermenge hervor. Hier war entweder eine accessorische, im unteren Nasengange gelegene Communicationsöffnung oder eine Durchbruchsstelle aus der Kieferhöhle vorhanden, durch welche in der letzteren angesammelter Eiter auf Druck sich entleerte.[9])

---

[4]) Cf. diese Monatsschr. No. 9, S. 260 u. 61.

[5]) Michel, die Krankheiten der Nasenhöhle etc. 1876. S. 21 unten.

[6]) Hack, Erfahrungen auf d. Gebiete d. Nasenkrkhtn. 1884. S. 68 u. 85.

[7]) Cf. diese Monatsschr. 1884, No 9 u. 10. Fall II. u. VI. Im letzteren Fall wurde hierbei zugleich ein Migräneanfall beobachtet. Meine Ansichten über die Bedeutung der Migräne bei Nasenkrankheiten beabsichtige ich demnächst darzulegen.

[8]) Schech, die Krankheiten d. Mundhöhle, d. Rachens u. d. Nase. S. 228.

[9]) Schäffer, chir. Erfahrungen in der Laryngologie u. Rhinologie. 1885. S. 18.

[10]) Schon früher gelegentlich erwähnt; cf. d. Monatsschr. 1879, No. 12, S. 175 unten.

Ein zweiter Fall betrifft eine deutsche Bonne, die ich im Jahre 1880 in Alexandrien an chronischer Nasenblennorrhoe im hypertrophischen Stadium behandelt habe. Nach Cauterisation der linken Nasenschleimhaut mehrtägige Schmerzempfindung in der linken oberen Zahnreihe. Zahnschmerzen waren früher nie vorhanden gewesen. Weder ich selbst noch ein renommirter Zahnarzt, zu dem ich die Kranke behufs genauerer Untersuchung ihrer Zähne hingeschickt, vermochten die mindeste Anomalie an den Zähnen zu entdecken, und dieser Umstand ist damals mit ein Grund für mich gewesen, die Schmerzen als von der Kieferhöhle ausgehend zu betrachten und die letztere als den Hauptsitz der Blennorrhoe anzusehen.

Im dritten hierhergehörigen Fall handelt es sich um einen noch jetzt in Behandlung befindlichen jungen Mann, Herr Sp. aus Graudenz, der an Zahnschmerzen früher nie gelitten hat und der nun nach Galvanocauterisation der lateralen und medialen Wand der rechten Nasenhälfte jedesmal über heftige Schmerzen in den oberen Zähnen der rechten Seite klagte. Es war hier nur am ersten Molaris eine minimale Erosion vorhanden. Als später die rechte Kieferhöhle eröffnet wurde, zeigte sich, dass eine starke eitrige Entzündung der Kieferhöhlenschleimhaut bestand, welche die Schwellung der eigentlichen Nasenschleimhaut offenbar unterhalten hatte. Schon während der Einspritzungen, welche im Anschluss an die Operation zur vollständigen Entleerung des angesammelten Eiters gemacht wurden, schwoll die Umgebung des ost. maxillare so stark an, dass die injicirte Flüssigkeit in die Nasenhöhle nicht mehr abfloss, und es dauerte mehrere Tage, bis die Schleimhaut soweit abgeschwollen war, dass die Ausspülung nun ohne Hinderniss von statten ging.

Als 4. Fall würde der oben beschriebene sich anreihen, wo eine zeitweise dumpfe Schmerzempfindung im Oberkiefer entsprechend einem äusserlich normal erscheinenden Backzahn nach der Cauterisation der Nasenschleimhaut deutlicher und dauernder wurde und wo die zeitweise verstärkte eitrige Absonderung aus der Nase gleichfalls auf eine Herderkrankung, speciell wohl auf eine Kieferhöhleneiterung hindeutet.

Im 1. und 4. Falle war also eine Zahnerkrankung von so erheblicher Bedeutung vorhanden, dass die Schmerzempfindung nach operativen Eingriffen in der Nasenhöhle ohne Zwang durch Rückstauung oder collaterale Fluxion nach dem kranken Zahn hin erklärt werden kann. An einem derartigen locus minoris resistentiae muss eine örtliche Erhöhung des Blutdrucks eine um so sinnfälligere Wirkung natürlich hervorbringen. Hat man doch auch bei Einwirkung gewisser Schädlichkeiten auf räumlich weit entfernte Körpertheile in einem kranken Zahne Schmerzen auftreten sehen, wie in dem von Linderer beschriebenen Falle, wo die Berührung einer Warze an der kleinen Fusszehe jedesmal heftige Zahnschmerzen hervorrief.[10]) In derartigen Fällen, die man anatomisch nicht erklären kann, mag man immerhin mit der Bezeichnung einer „reflectorischen" Wirkung sich begnügen. Im 3. Falle hingegen war die Erosion des Zahnes von so minimaler Ausdehnung, dass ich die Aufopferung dieses Zahnes zum Zweck der Eröffnung der Kieferhöhle dem Kranken mit eigenem Widerstreben zugemuthet habe, und im 2. Falle wurde jede

[10]) Cit. in Hyrtl's topograph. Anatomie I. Band, S. 407, 6. Aufl., 1871.

Abnormität der Zähne auch seitens eines Fachmannes durchaus vermisst. Zahnschmerzen hatten in diesen beiden Fällen vor Cauterisation der Nasenschleimhaut niemals bestanden. Ihre Entstehung bei und nach derselben dürfte wohl am einfachsten durch collaterale Fluxion nach der Kieferhöhlenschleimhaut zu erklären sein. In Folge der plötzlichen Verdrängung des Blutes aus den cauterisirten Geweben mittelst der jäh einwirkenden Glühhitze hat wohl nach den übrigen Abschnitten der Nasenschleimhaut und besonders nach der Kieferhöhlenschleimhaut eine Congestion stattgefunden, welche zu Hyperämie der Nervenscheiden oder zu einer Exsudation in dieselben Veranlassung gegeben haben mag. Bei normaler Beschaffenheit der Kieferhöhlenschleimhaut wird eine derartige Blutwallung ohne weitere Folgezustände und insbesondere ohne Erregung einer Schmerzempfindung wohl bald ausgeglichen sein. Bei einer schon vorhandenen Erkrankung derselben dürfte aber eine noch verstärkte Hyperämie in einer mehr oder weniger lang andauernden Alveolarneuralgie ihren Ausdruck finden, welche dann nach dem Gesetz der excentrischen Projection in die Zähne selbst verlegt wird. Dass eine Erkrankung der Kieferhöhle im 2. Falle thatsächlich vorhanden gewesen ist, das kann ich allerdings nicht beweisen; zur Stütze meiner Annahme möchte ich jedoch noch anführen, dass bei einem bedeutenden Bruchtheil der Personen, welche mit Naseneiterungen behaftet sind, nachweislich zugleich eine Eiterung der Kieferhöhle besteht.[11]) Im 3. Falle hingegen ist eine Eiterung der Kieferhöhle thatsächlich nachgewiesen und schon oben ist hervorgehoben worden, wie stark in diesem Falle die Schleimhaut angeschwollen war. Dass ferner durch Cauterisation der Nasenschleimhaut eine Congestion nach der Kieferhöhle in Wirklichkeit stattfinden kann und dass eine solche nicht nur auf willkührlicher Annahme meinerseits beruht, dürfte besonders aus der Krankheitsgeschichte einer Dame hervorgehen, welche ich im Jahre 1883 in Hamburg einige Male gesehen habe. Nachdem in diesem Falle die anderwärts ausgeführte galvanocaustische Versengung der geschwollenen Nasenschleimhaut die eitrige Absonderung der Nase in hohem Maasse vermehrt und zugleich zu Anschwellung der Wange Veranlassung gegeben hatte, wurde bald darauf von einem Zahnarzte, dessen Rath die Dame wegen einer Fistel eines oberen Backzahnes einholte, eine Erkrankung der gleichseitigen Kieferhöhle erkannt und nach Eröffnung derselben eine erhebliche Eitermenge entleert. Selbstverständlich ist durch die Operation in der Nase die Entzündung der Kieferhöhlenschleimhaut nicht hervorgerufen, sondern nur gesteigert worden, und diese Steigerung hat sich eben in der vermehrten Absonderung aus der Nase auf's Deutlichste gezeigt.

Wenn schon eine Erkrankung der Kieferhöhle auch in dem ersten, Frau Ph. betreffenden, Falle zweifellos vorgelegen hat und ebenso in dem vierten Falle (Fall W.) wahrscheinlich vorhanden ist, so braucht man hier doch, wie schon erwähnt, auf die Vermittelung einer solchen bei der Entstehung der Schmerzempfindung nicht zu recurriren, da hier gleichzeitig ein Zahnleiden bestanden hat. Ist aber ein solches in den von anderen Autoren beschriebenen Fällen nicht vorhanden gewesen, so dürfte vielleicht eine übersehene Erkrankung der Kieferhöhle die Erklärung für die Schmerzempfindung abgeben.

---

[11]) In einer demnächst zu veröffentlichenden Arbeit werde ich Näheres mittheilen.

In wie weit auch die sogenannte reflectorische Anschwellung der Wange als Symptom einer Erkrankung der Kieferhöhle aufzufassen ist, soll jetzt nicht eingehender erörtert werden. Ebenso verzichte ich darauf, zu weiterer Begründung der vorgetragenen Anschauungen die Zahl der Fälle, in denen nach Versengung der Nasenschleimhaut eine Congestion nach der mittleren Nasenmuschel oder nach dem Mittelohr hin eingetreten ist, durch Einzelschilderungen noch weiter zu vermehren. Nur das soll nicht unerwähnt bleiben, dass auch Dr. Schäffer gewisse nach Anwendung des Galvanocauters in der Nase zu beobachtende Nebenwirkungen durch collaterale Fluxion zu erklären sucht.[12])

Während die hier gegebene Erklärung auf die allbekannte Thatsache sich stützt, dass eine Hyperämie und Erkrankung der Kieferhöhlenschleimhaut Zahnschmerzen hervorrufen kann,[13]) hat andererseits Dr. Hack den Ursprung der Zahnneuralgie in seinen Fällen in der gesteigerten Reflexerregbarkeit der Nasenschleimhaut selbst vermuthet.[14]) Für diese Annahme ist in den vorliegenden Thatsachen ein Beweis meines Erachtens nicht zu finden. Man sage nicht, dass die Art und Weise der Erklärung einer Thatsache an und für sich etwas Gleichgiltiges sei. Denn man wird, sofern die Annahme von Dr. Hack die richtige ist, natürlich bestrebt sein, den betreffenden Patienten der übermässig empfindlichen „Reflexorgane", der „Accumulatoren"[15]) seiner Nasenschleimhaut möglichst gründlich zu entäussern; — man wird dagegen die Schwellkörper der Nase zufrieden lassen, wenn man von der grossen physiologischen Bedeutung auch dieses Schwellgewebes sowie von seiner negativen Bedeutung für die directe „Auslösung" vieler Reflexerscheinungen überzeugt ist; man wird dann vielmehr die Ursachen der Erection der Nasenschwellkörper zu ermitteln und zu beseitigen suchen.

Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass eine Erkrankung der Kieferhöhle zwar zu Atrophie und Necrose, aber entgegen der Meinung von Schech wohl kaum zu Caries der Zähne Veranlassung geben kann, ferner dass bei habitueller Undurchgängigkeit der Nase der Alveolarbogen im Verhältniss zum Wachsthum der Zähne sich nicht genügend vergrössert, so dass dann eine unregelmässige Stellung der Zähne zu Stande kommt. Ueber den letzteren Punct habe ich auf Grund fremder und eigener Beobachtungen schon früher eingehender mich ausgesprochen.[16])

Primäre Larynxtuberculose.

Von

Dr. **C. Heidert**, pract. Arzt in Baden-Baden.

Bei den noch heute weit auseinandergehenden Meinungen, ob es überhaupt eine primäre tuberculöse Erkrankung des Kehlkopfes giebt oder nicht, dürfte obige Ueberschrift etwas gewagt erscheinen. Der hier mitgetheilte Fall wird jedoch zu Gunsten derjenigen Autoren sprechen,

---

[12]) Schäffer l. c. S. 18.

[13]) vergl. Schech, die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase 1883, S. 5.

[14]) Hack l. c S. 85.

[15]) vergl. den Vortrag von Prof. Hack auf dem diesjährigen Congress in Wiesbaden.

[16]) vergl. diese Monatsschrift 1883, No. 2 und flg.

welche eine primäre Larynxphthise zulassen. — Es wird sich, um solchen Meinungsdifferenzen auf den Grund zu kommen, zunächst um die Definition des Ausdrucks „primäre Larynxphthise“ handeln.

Meinem Begriffe nach wäre unter primärer Larynxtuberculose nur eine solche tuberculöse Affection des Kehlkopfes zu verstehen, bei welcher seit mehr oder weniger langer Zeit sich tuberculöse Erscheinungen in jenem Organ entwickelt haben, während welcher Zeit weder der Allgemeinzustand der Kranken noch eine sorgfältige Untersuchung der Lungen irgend welche Symptome einer Lungenerkrankung darbieten würden. Die Schwierigkeit dieser Differential-Diagnose ist aber auch durch die Untersuchung auf Tuberkelbacillen im Auswurf in keiner Weise erleichtert worden — solche können sich ja bei jeder dieser Formen im Auswurf finden, wenn man auch zugeben muss, dass bei allein bestehender Larynxtuberculose Auswurf sowohl wie Bacillen nur spärlich, bei gleichzeitig bestehender, noch latenter Lungenphthise dagegen reichlich vorhanden sein werden.

Zur Entscheidung dieser Frage, ob eine primäre Larynxphthise zuzulassen sei oder nicht, dürften also immerhin klinisch genau beobachtete Fälle noch am meisten beitragen. — Die Form der primären Larynxphthise ist also noch heut zu Tage durchaus nicht allgemein anerkannt; beide differirende Meinungen sind durch Autoritäten von Bedeutung vertreten.

Louis, Heinze, Ziemssen, Tobold, Klebs, Mackenzie, neuerdings Voltolini*) und E. Fränkel**) in Hamburg bestreiten das Vorkommen von primärer Larynxphthise. E. Fränkel spricht sich besonders bestimmt darüber aus, er sagt ungefähr: „sie besteht niemals, die Autopsie hat in der That bei einigen Kranken, bei denen die Auscultation und Percussion gar keine Auskunft gab, bei welchen man also eine primäre tuberculöse Laryngitis vor sich zu haben glaubte, doch gezeigt, dass tuberculöse Veränderungen in den Lungen vorhanden waren; es ist klar, dass sich diese Thatsache in sehr vielen analogen Fällen hat wiederholen müssen.“

Eine Anzahl namhafter Autoren sprechen wiederum dafür, dass der Kehlkopf allein früher erkranken könne als die Lunge oder andere Organe, so Trousseau, Belloc, Cruveilhier, ter Malen, Rühle, Waldenburg, Schech, Mandl, Noël, Guéneau de Mussy, Lebert, Solis Cohen.

Von vornherein kann man jedenfalls die Möglichkeit einer primären tuberculösen Laryngitis nicht bestreiten, die selbst an sich ohne jede Miterkrankung der Lunge zum Tode führen kann; erkennt man ja doch auch isolirte Tuberculose anderer Organe an, die zum Tode führt, ohne dass tuberculöse Erscheinungen in den Lungen weder zu Lebzeiten noch bei der Autopsie gefunden wurden. Wie sollte dieses, so besonders für tuberculöse Einlagerungen disponirte Organ, der Larynx, den Virchow ganz besonders zum Studium des Tuberkels empfiehlt, nicht auch allein tuberculös erkranken können?

Lebert hat über eine Anzahl klinisch und anatomisch beobachteter

*) Londoner Congress, Sitzung vom 3. August 1881.
**) Dieselbe Sitzung.

Fälle berichtet, die entschieden zu Gunsten einer primären Larynxtuberculose sprechen.

Ein Beispiel davon giebt Capart*) und ein anderes mit Leichenbefund findet sich in den Annalen für Ohren- und Kehlkopfkrankheiten von Lancereaux**). Neuerdings berichtete Solis Cohen***) zwei Fälle dieser Form von Larynxphthise.

Auch die neueren Ansichten über die parasitäre Natur der Tuberculose sprechen gewissermaassen für die Existenz einer primären, ja selbst einer ganz isolirt vorkommenden tuberculösen Erkrankung des Larynx.

Zu den grossen Seltenheiten wird sie allerdings unzweifelhaft zu rechnen sein.

Ob man eine ganz isolirte Larynxtuberculose annehmen darf, die niemals in ihrem ganzen Verlaufe von einer Betheiligung der Lungen gefolgt ist, wie es Gouguenheim thut, ist eine andere Frage; dafür dürften nur wenige, oder wahrscheinlich gar keine mit absoluter Sicherheit überzeugende Thatsachen beizubringen sein.

Solche Beobachtungen sind auch schwer zu constatiren; es kann ja auch eine sogenannte primäre isolirte Larynxtuberculose durch Stenose zum Tode führen, ohne dass bei der Autopsie irgend welcher positive Befund für Tuberculose in den Lungen oder anderen Organen erhoben werden kann; aber ist damit gesagt, dass bei längerem Verlaufe der Larynxphthise, wenn die Kehlkopfstenose durch Tracheotomie etwa beseitigt worden wäre, nicht schliesslich doch noch auch Tuberculose in den Lungen hinzugekommen wäre? Gewiss nicht. Ob es aber vollkommen geheilte Kehlkopftuberculose giebt — solche kommen ja allerdings zweifellos vor, es sind mir aus eigener Erfahrung mehrere Fälle bekannt — solche nämlich, denen später niemals eine tuberculöse Lungenaffection gefolgt wäre, Fälle also von geheilter Kehlkopftuberculose, in denen die Patienten nach Jahren an irgend einer anderen Erkrankung zu Grunde gegangen wären, etwa auch durch Trauma, bei denen keine Spur von Tuberculose in den Lungen gefunden worden ist, das ist wieder eine andere Frage und meines Wissens sind bis jetzt solche Fälle nicht bekannt — keinesfalls dürften es viele und ganz zweifellose sein.

Mir hat es immer den Eindruck gemacht, dass Kranke, bei denen die tuberculösen Geschwüre im Kehlkopf vollkommen geheilt waren und bei denen sowohl zur Zeit der Kehlkopferkrankung und noch längere Zeit nachher, wenigstens so lange sie noch in meiner Beobachtung waren, keine Lungenerscheinungen nachgewiesen werden konnten, dennoch unter dem Einfluss der tuberculösen Diathese gebannt blieben.

Sonach scheint es mir erwiesen, dass von einer isolirten Kehlkopftuberculose wohl nicht die Rede sein kann.

Für das, und zwar gar nicht so seltene Vorkommen einer primären Kehlkopftuberculose scheint mir folgender Fall entschieden zu sprechen.

In den Jahren 1884 und 1885 hatte ich Gelegenheit, folgenden Fall während nahezu eines Jahres genau beobachten zu können. Im Mai 1884 kam ein den besten Ständen angehörender Herr in meine Behand-

*) Essai sur la laryng. ulcereuse des phthisiques. Bruxelles 1877.
**) Annales des maladies du larynx et des oreilles. 1881, pag. 338.
***) Philadelphia med. Times. Vol. XII, 1882.

lung, der schon seit 1 Jahre vollkommen aphonisch war. Aus der Anamnese verdient hervorgehoben zu werden, dass die Mutter des in der Mitte der 30er Jahre stehenden Mannes noch lebt und ihrem hohen Alter entsprechend gesund ist; der Vater starb, hochbetagt, an Apoplexie. Sämmtliche Geschwister leben und sind völlig gesund, auch im weiteren Verwandtenkreise keine für Phthise sprechenden Momente aufzufinden. Vor ca. 12 Jahren soll eine Geschlechtserkrankung vorhanden gewesen sein, die der intelligente Kranke aber entschieden nicht als luetische bezeichnet, die Dauer der ganzen Erkrankung soll etwa 3 Wochen betragen haben.

Ich hatte trotz dieser Angaben dennoch den Verdacht auf Lues. Pat. ist ausserdem seit 10 Jahren verheirathet und Vater von zwei ganz gesunden, kräftigen Kindern.

Pat. hatte seit 1 Jahre verschiedene Curen durchgemacht, darunter auch mehrere Monate lang eine antisyphilitische, doch ohne jeden Erfolg.

Pat. ist von sehr kräftigem Körperbau, breiter, gut gewölbter Brust, blühender Gesichtsfarbe, und macht nichts weniger als den Eindruck eines Phthisikers. Der object. Lungenbefund ist auscult. und percut. ein völlig normaler.

Die Spiegeluntersuchung dagegen zeigt ein sehr prägnantes characteristisches Bild: Der Kehldeckel ist fast bis auf die Hälfte zerstört, der obere, horizontal, wie abgehackt aussehende Rand enorm verdickt und stark zernagt, von gelbröthlichem Aussehen — er stellt einen dicken, unförmigen Wulst dar, dadurch gelingt der Einblick in die Tiefe des Larynx nur schwer, doch sieht man deutlich hahnenkammartige Excrescenzen von grauem, speckigen Aussehen auf der Regio interarytaenoidea; die wahren Stimmbänder sind zunächst gar nicht sichtbar, sie sind ganz bedeckt von den Taschenbändern, die auch nur in der hinteren Hälfte als dicke rothe Wülste zu erkennen sind.

Die gesammte sichtbare Larynxschleimhaut ist stark verdickt und dunkelroth.

Aus den anamnestischen Gründen machte ich zunächst nochmals, trotz des früheren Misserfolgs, den Versuch mit einer antiluetischen Cur, während 3 Wochen abwechselnd Inhalationen von Sublimatlösungen und innerlich Jodkali und Insufflationen von Calomel, während die Inhalationen ausgesetzt wurden, zugleich wurde Jodkali weiter genommen. Der objective Befund blieb zunächst jedoch wesentlich der gleiche, nur trat noch eine Verschlimmerung ein, indem sich auf der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand unter den Excrescenzen ein deutliches, längs gestelltes Geschwür mit zernagten Rändern und schmutzig-gelbem Grunde ausbildete. Nun wurde die Behandlung auf Syphilis verlassen und Inhalationen 3 Mal täglich von Perubalsam verordnet, Insufflationen von Jodoform täglich gemacht, ausserdem nahm Pat. noch Arsen innerlich in steigenden Dosen von 1—15 Mmgrmm. pro Tag. Nach Verlauf von 10 bis 12 Tagen wurde eine subjective Besserung empfunden, der objective Befund blieb jedoch ziemlich der gleiche, auch während der folgenden 6 Wochen der gleichen Behandlung, nur war die intensive Röthung der Schleimhaut einer mehr normalen Färbung gewichen.

Pat. verliess dann während der heissen Sommermonate Baden-Baden und suchte einen hochgelegenen Curort im Schwarzwalde auf, wo er mehrere Monate zubrachte und erst Ende October hierher zurückkehrte

Während dieser Zeit hatte Pat. die Inhalationen weiter gemacht, Arsen beibehalten, viel Milch getrunken und sich fast den ganzen Tag im Walde aufgehalten. Bei seiner Zurückkunft fiel sofort die klanghaltige, nur noch ganz leicht belegte Stimme auf; subjective Beschwerden fehlten jetzt gänzlich, Pat. hielt sich für völlig gesund, das Körpergewicht hatte beträchtlich zugenommen. Der Spiegelbefund war demgemäss auch ein wesentlich anderer: das zernagte Aussehen der Epiglottis verschwunden, sie war ein oben glattrandiger, allerdings noch ziemlich verdickter Stumpf, die Beweglichkeit fehlte natürlich gänzlich; die Taschenbänder waren nur noch wenig verdickt, auf nahezu normales Volumen zurückgegangen, dadurch waren auch die Stimmbänder sichtbar geworden, diese präsentirten sich als mässig geröthet, etwas matt glänzend, und an der Ansatzstelle des P. process. vocalis etwas verdickt und intensiver geröthet — Bewegung gut. Das Geschwür auf der Vorderfläche der hinteren Larynxwand war geheilt — eine graue Narbe, kaum mehr zu erkennen —, die Excrescenzen waren verschwunden, diese Parthie jedoch noch beträchtlich verdickt.

Dieser objective Befund hielt sich von Anfang November 1884 bis Februar 1885. Da Pat. sich völlig gesund glaubte, gab er sich einem etwas ungeregelten Leben hin, rauchte namentlich stark und wollte während dieser Zeit von keiner Behandlung, auch nichts von zeitweiser Controlle wissen.

Im Februar 1885 sah ich den Pat. wieder nach 3monatlicher Abwesenheit — er bot jetzt ein ganz anderes Bild dar: — stark abgemagert, fiebernd, ohne Appetit, war Pat. sehr rasch „nach einer Erkältung" ein Schwerkranker geworden, die Stimme war erloschen, der Spiegelbefund war jedoch nicht viel geändert, nur waren die Stimmbänder stark geschwollen, walzenförmig, und am R. process. vocalis ein grosses Geschwür. Linksseitige exsudat. Pleuritis. Links oben Infiltration, nach wenigen Wochen bildeten sich unter andauernd hohem Fieber Cavernenerscheinungen; bald waren auch Infiltrations- und Cavernenerscheinungen rechts oben zu constatiren. Pat. ging im Verlaufe von 2 Monaten unter schrecklichen Schluckschmerzen — Spiegeluntersuchung war wegen zu grosser Reizbarkeit des Pat. und der Pharynxschleimhaut nicht mehr möglich — unter dem Bilde einer floriden Phthise zu Grunde.

Der Fall machte bei dem anfangs völligen Mangel von Lungenerscheinungen, bei dem gänzlichen Fehlen für Tuberculose sprechender anamnestischer Momente, während sich hingegen, wenn auch nur ein schwacher Anhaltspunkt für Lues ergab, doch den Eindruck, dass es sich um Larynxsyphilis handeln könnte, dieses wurde auch noch durch den Spiegelbefund im Anfange unterstützt. Dagegen waren wieder gar keine Spuren einer früher bestandenen Lues — keine Drüsenschwellungen, keine Knochenauftreibungen vorhanden. — Die frühere, ganz gründlich unternommene antiluet. Cur hatte ebensowenig wie die spätere irgend welchen Erfolg. Die Untersuchung auf Tuberkelbacillen wurde aus besonderen Umständen leider versäumt.

Unter solchen Verhältnissen konnte man in der That nur an eine isolirte primäre Larynxtuberculose denken; der weitere Verlauf zeigte, dass das erstere Wort allerdings fallen gelassen werden musste, dass aber wohl das zweite zu Recht bestehen konnte, dass es sich also entschieden um eine primäre Larynxtuberculose gehandelt hat, zu der erst im zweiten Theil der Tragödie sich die Lungenerkrankung gesellte.

Die alte Ansicht von Louis, dass im Kehlkopf durch die aus der Lunge ihn passirenden Sputa die Infection zu Wege gebracht würde, konnte hier entschieden nicht gelten — denn es waren damals zweifellos noch keine Veränderungen in den Lungen vorhanden; es spricht gegen diese Ansicht auch, obwohl sie neuerdings durch die Koch'schen Tuberkelbacillen wieder Anhänger gefunden hat, besonders in Klebs, eine grosse Anzahl von Fällen hochgradiger tuberculöser Lungendestructionen, in denen bis zum Tode nicht die mindeste Erkrankung des Kehlkopfs hinzukam. Für mich wenigstens war der eben mitgetheilte Fall ein unzweifelhafter Beweis für das Vorkommen von primärer Lungentuberculose.

In den letzten Wochen hatte ich abermals Gelegenheit, einen ähnlichen, wenn auch nicht so prägnanten Fall zu beobachten. Dame von 36 Jahren bot zu Anfang Juni dieses Jahres absolut keine Erscheinungen von Seiten der Lungen, dagegen waren sehr weit vorgeschrittene tuberculöse Veränderungen im Larynx vorhanden; diese besserten sich unter dem Einflusse des für solche Affectionen äusserst günstigen hiesigen Clima's und unter entsprechender allgemeiner und localer Therapie rasch. — Insufflationen von Jodoform; Inhalationen von Perubalsam, Arsen innerlich. Pat. verliess nach 4 Wochen nahezu beschwerdefrei Baden-Baden und kehrte in ihre Heimath, eine grosse Fabrikstadt, zurück. Dort trat sehr rasch hochgradige Verschlimmerung ein und bei ihrer Rückkehr nach Baden-Baden, Anfangs September, waren bereits recht deutliche Destructionssymptome auf beiden Lungen zu constatiren. Die Larynxaffection ebenfalls sehr beträchtlich verschlimmert — Stenosenerscheinungen — Eröffnung mehrerer perichondritischer Abscesse — die locale Behandlung wie früher — doch jetzt ohne allen Erfolg; Pat. ging wenige Tage nach der Geburt eines lebenden Kindes suffocatorisch zu Grunde. Merkwürdig war auch hier die auffallende Besserung der Schluckbeschwerden, die vorher trotz reichlicher Anwendung des Cocain unerträglich waren, in den letzten 14 Tagen vor dem Ende.

Wenn auch nicht so bestimmt, so scheint mir doch auch dieser Fall zu denen der primären Kehlkopftuberculose gezählt werden zu können und deshalb werth, erwähnt zu werden.

II. Referate und Recensionen.

a) Rhino-otologische:

1) **Experimentelle Untersuchungen über die Strömung der Luft in der Nasenhöhle.** Von Dr. E. Paulsen in Kiel (Sitzungsber. der k. Acad. der Wissensch., LXXXV. Band, III. Abtheil., April-Heft Jahrg. 1882.)

2) **Ueber die Richtung des Einathmungsstromes in der Nasenhöhle.** (Vortrag, gehalten im physiologischen Verein in Kiel von Dr. E. Paulsen. (Mittheilungen für den Verein schleswig-holsteinischer Aerzte. 10. Heft, Stück 7, 15. März 1885.)

(Auf Ansuchen der Redaction vom Verfasser referirt.)

Während man bisher den Weg, welchen der Einathmungs- und Ausathmungsstrom bei ihrem Durchgange durch die Nasenhöhle einschlagen, aus den anatomischen Verhältnissen derselben zu construiren gesucht hat (Bidder, H. Meyer, A. Fick, Braune und Clasen, welche ein

einschlägige Frage ebenfalls experimentell untersuchten, Zuckerkandl), nahm Verf. diese Frage auf experimentellem Wege in Angriff unter Leitung der Herren Prof. Exner in Wien und Heusen in Kiel. Seine Untersuchnngen beziehen sich auf den Einathmungsstrom, den Ausathmungsstrom, die Luft in den Nebenhöhlen und auf Riechversuche. Zu den Experimenten wurden Leichenköpfe benutzt, welche unterhalb des Larynx so vom Rumpfe abgeschnitten waren, dass ein Theil der Luftröhre an denselben erhalten blieb. In diese wurde ein Glasrohr von entsprechender Weite eingebunden und durch einen Gummischlauch mit einem Blasebalge in Verbindung gesetzt, welcher ungefähr der Athmungsgrösse der Lungen entsprach. — Aus Zweckmässigkeitsgründen wurden bei einem Theile der Versuche anstatt durch den Blasenbalg, durch zwei grosse Woulff'sche Flaschen die Luftströme erzeugt, denen durch Hochstellen der ersten Flasche die gewünschte Stärke gegeben werden konnte. — Hierdurch war es möglich, einen dem natürlichen ähnlichen Einathmungs- und Ausathmungsstrom zu erzeugen. Der Weg, welchen diese Luftströme in der Nasenhöhle zurücklegten, wurde auf zweierlei Weise gekennzeichnet. Mittelst geeigneter Präparation der Köpfe und Durchsägung der Schädel in sagittaler Richtung hart neben der Mittellinie so, dass das Septum unverletzt blieb, war es möglich geworden, die Nasenhöhle genügend weit zu öffnen, um ihre Wände mit kleinen Stückchen rothen Reagenspapiers auszutapezieren und den Kopf dann wieder möglichst luftdicht zu schliessen. Den imitirten Inspirations- und Exspirationsströmen wurde dann Ammoniak beigegeben, welches die Lakmuspapiere derartig färbte, dass dort, wo der stärkste Strom vorüberzog, die intensiveste Bläuung auftrat. Die Zuführung des Ammoniak geschah bei den beiden Stromarten in verschiedener Weise: bei dem Exspirationsstrome durch Einschieben eines ammoniakhaltigen Fläschchens zwischen Trachea und Blasebalg, bei dem Inspirationsstrome in der Weise aber, dass ein durch 2 Woulff'sche Flaschen erzeugter Luftstrom, welcher durch Hindurchleiten durch ein Ammoniakwasser enthaltendes Fläschchen mit Ammoniak geschwängert war, mittelst einer Glasröhre durch Anlegen derselben an die Nasenöffnung in diese hineingeleitet wurde. Hierdurch wurde allerdings noch ein zweiter, wenn auch absichtlich möglichst schwach gemachter Strom, nämlich der ammoniakhaltige, in die Nasenhöhle direct aufwärts eingeblasen. Um etwaigen, durch diesen Strom erzeugten Täuschungen zu entgehen, wurde die Versuchsanordnung dahin variirt, dass die Glasröhre der Ammoniakflasche gut 1 Ctm. unterhalb der Nasenöffnung mit der Richtung gegen die Oberlippe gehalten, der austretende Luftstrom also gegen die letztere geleitet wurde. Durch diese Methoden, den Athmungsströmen Ammoniak zuzuführen, ist es allerdings nur bei den Versuchen mit dem Exspirationsstrome in genügendem Maasse gelungen, die Art nachzuahmen, wie unsere Athmungsluft einen riechbaren Körper aufnimmt. Bei dem Inspirationsstrome wurde dies jedoch nicht vollkommen erreicht, wenn auch der gegen die Oberlippe gerichtete ammoniakhaltige Luftstrom dort Wirbel von Ammoniakluft erzeugen musste, welche in einer der Norm nahekommenden Weise mit der Einathmungsluft eingezogen wurden. Verf. stellte deshalb weitere Versuche mit dem Einathmungsversuche in der Weise an, dass er die Luft, welche den in einer Glasglocke aufgehängten Kopf umgab und beim Einathmen die Nasenhöhle passiren musste, mit Dämpfen von Osmiumsäure schwängerte.

Die Nasenhöhlen der benutzten Köpfe waren frei von pathologischen Veränderungen, besondere Verdickungen der Schleimhaut waren nicht vorhanden. Vor Beginn jedes Versuches wird festgestellt, dass ein kräftiger Luftstrom durch die Nasenöffnungen ein- und ausgeht.

1) Der Einathmungsstrom.

a. Ammoniakversuche, an drei Köpfen angestellt.

Stärkste Bläuung der Lakmuspapiere am Septum, in der Nähe der Nasenöffnung beginnend, am Nasenrücken aufwärtssteigend zum Dach der Nasenhöhle und von dort wieder nach unten bogenförmig abfallend. Der hintere obere Theil des Septum ist schwächer gefärbt (vergl. Figur II). An zwei Köpfen hat der untere Nasengang im vorderen und mittleren Antheile stets eine relativ sehr geringe Färbung, an seinem hinteren Ende dagegen zeigt das Papier abwechselnd eine stärkere oder geringere Bläuung. An einem der Köpfe besteht eine grössere Neigung des unteren Nasenganges, sich in seiner ganzen Länge zu färben. Am Nasendamm (a) intensivste Färbung, der nahegelegene Eingang in den mittleren Nasengang (b) schon nennenswerth schwächer, die Mitte (c) und der hintere untere Theil (d) desselben sehr bedeutend schwächer gefärbt.

Die Stärke, mit welcher der Blasebalg angezogen wurde, sowie Veränderungen in der Stellung des weichen Gaumens, waren von keinem merklichen Einflusse auf die Richtung des Stromes.

b. Osmiumversuche, an drei Köpfen angestellt.

Die gelblich-braune Osmiumfärbung der Schleimhaut beginnt übereinstimmend an sämmtlichen Köpfen an der lateralen Seite in geringer Entfernung von der Nasenöffnung, zieht am Nasenrücken entlang hinauf zum Nasendache, dann an demselben hin und verliert sich am Dache des Nasenrachenraumes. Die untere Grenze dieses Farbenstreifens läuft von vorne nach hinten über die Mitte der unteren Muschel. Somit sind die untere Hälfte der unteren Muschel, sowie der untere Nasengang völlig ungefärbt geblieben. Intensiv gefärbt ist das vordere Ende der mittleren Muschel, sonst nimmt die Stärke der Färbung von vorn nach hinten ab. Am Septum beginnt die Tingirung ebenfalls in der Nähe der Nasenöffnung, steigt von dort aufwärts und zieht an den an das Dach der Nasenhöhle grenzenden Theilen entlang nach hinten, um dann nach unten abzufallen. Unter dem Bogen ist das Septum völlig ungefärbt geblieben.

Resultat: Beim Einathmen schlägt der Luftstrom seiner Hauptmasse nach die Richtung nach aufwärts ein, steigt am Nasenrücken empor, läuft unter dem Dache der Nasenhöhle entlang und fällt dann hinten wieder bogenförmig nach unten ab.

Differenzen zeigen die beiden Versuchsarten in Betreff der Höhe dieses Bogens.

2) Der Ausathmungsstrom.

Wider Erwarten zeigt sich eine ganz ähnliche Färbung der Lakmuspapiere wie bei den Versuchen mit dem Inspirationsstrome. Wie dort haben wir also auch hier den im Bogen verlaufenden Hauptstrom, der gegen das Nasendach hinaufzieht und vorn am Nasenrücken entlang zur Nasenöffnung abfällt.

3) Die Nebenhöhlen.

Der Antheil, welchen die in den Nebenhöhlen befindliche Luft an den Strömungen in der Nasenhöhle selbst nimmt, wurde an einer

vorderen und einer hinteren Siebbeinzelle, der Stirn- und Oberkieferhöhle beobachtet. Ein ammoniakalischer, als Exspirationsstrom verwendeter Luftstrom, der in 40 Secunden die characteristische Färbung an den Papieren im Innern der Nasenhöhle hervorrief, konnte nach ½ stündiger Dauer noch nicht in den genannten Nebenhöhlen eine sicher constatirbare Färbung der Papiere erzeugen. Dasselbe Resultat lieferte ein ½ stündiger entsprechender Inspirationsstrom, der dagegen schon nach 10 Secunden Dauer die characteristische Färbung in der Nasenhöhle erzeugte. Wurde aber ein Inspirationsstrom von derartiger Zeitdauer periodisch, nach dem Rhythmus der normalen Athmung, unterbrochen, so fanden sich die Papiere in den Nebenhöhlen sämmtlich äusserst blaugefärbt.

4) Riechversuche.

Verf. hat sich von der Richtigkeit des folgenden Fick'schen Versuches überzeugt: „Man stecke ein Cautschukröhrchen mit einem Ende in die Nase, das vordere Ende in den Hals einer Flasche, welche eine stark riechende Flüssigkeit enthält, und athme dann ein. Steckt das Röhrchen hinten im Nasenloche mit der Oeffnung gegen die mittlere oder gar untere Muschel gerichtet, so hat man fast gar keinen Geruch. Steckt dagegen das Röhrchen ganz vorn, dicht am Nasenrücken anliegend, so dass seine Oeffnung sich in der Rinne oberhalb des Nasendammes befindet, dann ist die Geruchsempfindung in voller Intensität vorhanden. Ferner ist der Geruch immer sehr schwach, wenn man nur die allervorderste Parthie der Nasenlöcher verstopft. Verstopfung eines grossen Theiles der Nasenlöcher hinten beeinträchtigt den Geruch nicht merklich.“ Dieses Versuchsresultat findet nach dem Verf. seine Erklärung darin, dass die durch den vorderen Theil des Nasenloches einströmende Luft ihrer Hauptmasse nach die convexe obere Seite des gesammten Luftbogens bildet, also in innigere Berührung mit der Ausbreitung des Riechnerven gelangt, als die durch die hinteren Theile der Nasenöffnung einströmenden Luftmassen.

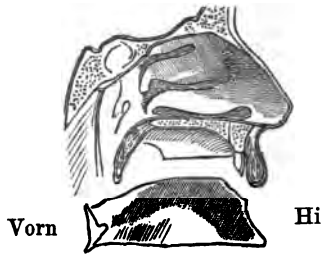
Um zu prüfen, ob der Exspirationsstrom die Fähigkeit besitze, Geruchsempfindungen zu vermitteln, hat Verf. einen Bidder'schen Versuch etwas modificirt. Man athme mit Moschus- oder Campherdünsten geschwängerte Luft bei geschlossener Nase durch den Mund ein: bei der Exspiration durch die Nase stellt sich dann eine höchst prägnante Geruchsempfindung ein. Der Erfahrungssatz, dass während der Inspiration besser gerochen wird, als während der Exspiration, kann auf der Absorption riechender Substanzen an der Schleimhautoberfläche beruhen, es können aber auch noch andere Factoren hier mitspielen.

Erklärung der Tafeln.

Figur I. Die Figuren zeigen die beiden Nasenhöhlen desjenigen Kopfes, welcher bei den Osmiumversuchen das prägnanteste Bild geboten hatte. Die Färbung, welche die dem Inspirationsstrome beigegebenen Osmiumdämpfe an der Schleimhaut erzeugt hatten, giebt die Richtung an, welche der Einathmungsstrom bei seinem Durchgange durch die Nasenhöhle eingeschlagen hatte. An dem hinteren Theile der rechten mittleren Muschel war eine ungefärbte Insel geblieben. Der hintere Theil der linken oberen Muschel war leider durch die Säge verletzt worden; dieser Defect ist deshalb auf der Zeichnung weiss gelassen.

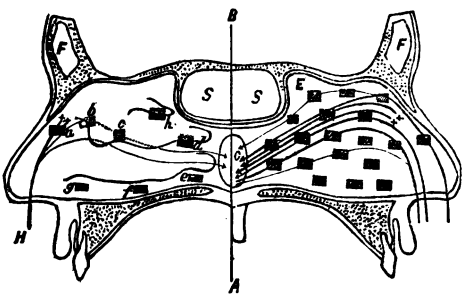
Figur I.

Rechte Nasenhöhle und
rechte Seite des Septum narium.



Linke Nasenhöhle und
linke Seite des Septum narium.

Figur II.



Figur II. Die halbschematische Zeichnung ist unter Zugrundelegung des zu den meisten Ammoniakversuchen benutzten Kopfes angefertigt worden, um den Verlauf des Luftstromes in der Nasenhöhle anschaulich zu machen, und ist in folgender Weise zu verstehen: Man denke sich den Kopf hart neben dem Septum narium durch einen rechts von diesem geführten senkrechten Schnitt gespalten. Der Schnitt wird durch die rechte Choane gehen. Dann nehme man an, dass diese beiden vorderen Antheile des Kopfes so auseinandergedrängt werden, dass sie sich um eine durch diese Choane gehende senkrechte Axe AB drehen. C bedeutet diese Choane, sie ist von vorne gesehen, indem sie an der Drehung keinen Antheil genommen hat. Im rechten Theile der Zeichnung sieht man auf das Septum, im linken Theile auf die seitliche Nasenwand mit ihren Muscheln. Die dicken Linien zeigen den Verlauf der Hauptmasse des Stromes, die dünnen deuten an, wohin geringere Antheile desselben gelangen. Der Stromfaden H prallt in der Gegend der Stelle a von der geneigten Seitenwand der Nase ab und läuft am Septum entlang weiter. Es ist das abgerissene Ende und seine Fortsetzung mit + bezeichnet. Die viereckigen kleinen Felder bedeuten die Stückchen Lakmuspapiers, welche bei den Versuchen in der gezeichneten Weise in der Nasenhöhle vertheilt waren. F F Sinus frontalis. S S Sinus sphaenoidalis, hier von ungewöhnlicher Grösse. E besonders deutlich ausgeprägte hintere Ecke des Septum.

Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie. Von Dr. Max Schäffer in Bremen. Gr. 8. S. 99. Wiesbaden. Verlag von Bergmann.

In dieser kleinen Schrift tritt uns eine reiche Erfahrung entgegen, die gesammelt ist aus den Jahren 1875—1885; Verf. hat fast alle Arten von Leiden beobachtet, welche in das bezeichnete Gebiet fallen.

Er bespricht zunächst die Krankheiten der Nase. „Es gehört fast zu den Seltenheiten, eine vollständig normal gebaute Nase zu finden", und meint Verf., dass fast immer Trauma als Ursache zu Grunde liege, was wir bezweifeln, aber von den Patienten immer angegeben wird, weil sie sich dadurch von dem Quasi-Makel eines angeborenen Fehlers freisprechen wollen. Starke Verbiegungen wurden mit dem Hohlmeissel operirt, dem oft der Galvanocauter nachfolgte. Perforation des Septum cartilag. nar. beobachtete er 22 Mal. Zur Sondirung benutzt er eine von ihm angegebene (Fig. 1) Löffelsonde aus Stahl und Neusilber, die zugleich oben zum Auskratzen dient. Figur 2 zeigt seine knieförmige Knochenzange. Es folgen eine Anzahl Krankengeschichten von Necrose, Perichondritis, Ozaena. Die erstere wurde durch Auskratzen geheilt; diese Operation auch in den Nebenhöhlen der Nase vorgenommen. Bei der chronischen Rhinitis hyperplastica operirt Verf. galvanocaustisch und macht am Schlusse die sehr richtige Bemerkung: „Nur darf man nicht in den Fehler verfallen, jedwede Krankheit von der Nase aus heilen zu wollen."

Von Nasenpolypen hat Verf. alle Arten beobachtet und operirt. Ebenso Asthma bei denselben beobachtet und von 23 Fällen 11 geheilt, 12 gebessert, also alle Fälle beweisen den häufigen Zusammenhang von Nasenpolypen und Asthma, auf welchen Zusammenhang der Unterzeichnete zuerst aufmerksam gemacht hat. Verf. operirt unter Umständen mit seiner oben angegebenen Knochenzange und auch dem Galvanocauter. Er redet der Anwendung des Cocain bei dergleichen Operationen ebenfalls das Wort, wie es von anderen Seiten auch schon geschehen ist; uns will der Vorschlag naiv erscheinen, da das Cocain doch wohl nur auf die äussersten Enden peripherischer Nerven wirkt, aber nicht tiefer, und man Arm und Bein nie damit schmerzlos wird amputiren können.

Von der Electrolyse hat er nicht viel Erspriessliches gesehen. Er bedient sich zur Galvanocaustik der Bruns'schen (soll wohl heissen Stöhrer'schen) Tauchbatterie; mir ist keine andere von Bruns bekannt, als die er in Fig. 9 seiner Galvanochirurgie abgebildet, dieselbe steht aber unzweifelhaft an Einfachkeit, Handlichkeit, Billigkeit und Fähigkeit, schnell gereinigt zu werden, der von mir angegebenen nach.

Von Fremdkörpern in der Nase hat Verf. sehr merkwürdige beobachtet; er entfernte sie mit seiner Löffelsonde. Lupus der Nase beobachtete Schäffer 12 Mal, von denen 9 Patienten als geheilt, 3 als gebessert entlassen wurden; ausser antiscrophulösen Mitteln innerlich, wurde äusserlich die Galvanocaustik energisch in Anwendung gebracht.

Ranula cauterisirte er ebenfalls mit dem Galvanocauter und erzielte dadurch Heilung, wie wir das auch schon ausgeführt und bekannt gemacht haben. — Das so seltene Leiden, Zungensteine, hat Verf. 4 Mal beobachtet und Mandelsteine in 33 Fällen, von denen der eine die Grösse einer Muskatnuss hatte. Exstirpation der Gaumenmandel wegen Hypertrophie derselben (die er zum Theil für angeboren hält) unternahm er in der Regel mit dem Tonsillotom. Die Erklärung der Schwerhörigkeit

„durch Hinaufdrängen des Velum molle vor die Tuba Eustachii“ durch die hypertr. Mandel ist wohl nicht richtig, sondern durch den permanenten Reizzustand zu erklären, da das Ostium phar. der Tuba einmal sehr hoch liegt und relativ sehr gross ist; wenn aber nur eine Spur von Luft durchgeht, das Gehör nicht beeinträchtigt ist.

Wir müssen dem Verf. beistimmen, wenn er es verwirft, in jedem Falle die verlängerte Uvula zu verkürzen, es wird viel Missbrauch damit getrieben; man behandele den chronischen Nasenrachencatarrh, wenn er Ursache des Leidens ist.

Pharyngitis granulosa behandelt er fast nur galvanocaustisch, sogar die sicca, und zwar mit bestem Erfolge. Retropharyngeal-Abscesse beobachtete Verf. 9 Mal; von Neubildungen an der hinteren Rachenwand gut- und bösartige Adenome.

Die adenoiden Vegetationen hat er früher mehr mit der Galvanocaustik operirt, jetzt mit der Michael'schen Hohlmeisselzange. Verf. erwähnt, dass manche Operateure Otitis erlebt haben nach der Operation mit dem Galvanocauter, was er selbst nie beobachtet. Wenn man ohne den Voltolini'schen Gaumenhaken das Cavum phar. nasale glaubt so gut beobachten und operiren zu können, wie mit demselben, und wie dies manche Specialisten thun, dann kann man freilich Otitis undnoch mehr erleben!

Von Fremdkörpern im Pharynx und Oesophagus beobachtete Verf. 6 Mal Gräten, die er theils durch Instrumente entfernte, theils durch das von Voltolini angegebene Gurgelwasser von Acid nitric. oder hydrochloraticum, welches er den Aerzten bestens empfiehlt.

Von Kehlkopfleiden beobachtete Verf. merkwürdige Anomalien der Gestalt des Kehldeckels; Stimmbandzerreissung in Folge von Singen bei bereits vorhandener Heiserkeit durch catarrhalische Reizung. Dieser Fall heilte fast vollständig. — Verf. bespricht dann die Neubildungen im Kehlkopfe. Vom Cocain hat er in 3 Fällen zwar Erfolg gesehen und in einem Falle von einer 10prctgn. Lösung eine Vergiftung mit störenden Ohnmachten, so dass Patient nichts mehr vom Cocain wissen wollte. Verf. kommt nun auf Voltolini's Schwammmethode zu sprechen, der er um so mehr das Wort redet, als auch unter Umständen das Cocain im Stiche lässt. Voltolini hatte die Methode 1877 beschrieben, und war Schäffer Einer der Ersten, welcher die Wichtigkeit der Sache erkannte und bereits 1878 die erste derartige Operation veröffentlichte.

In dem vorliegenden Werke geht nun Schäffer des Näheren auf diese Operation ein und widerlegt Einwendungen, welche gegen die Methode erhoben worden sind, welche ihren Grund hatten bei anderen Collegen: in fehlerhaften Instrumenten, in fehlerhaftem Operiren selbst. Patient muss während der ganzen Operation die Zunge herausgestreckt halten; am besten ist es, sie von einem Gehilfen halten zu lassen. — Sie hat ferner ihren Grund in der Verdächtigung, dass es ein rohes Verfahren sei und endlich darin, dass Voltolini die Operation selbst als zu leicht geschildert. Der Unterzeichnete muss zugeben, dass es Fälle giebt, die nicht so ganz leicht sind, nämlich die Schwierigkeit liegt manchmal darin, sicher und genau in den Larynx gelangt zu sein, und darauf kommt ja Alles an, sonst gehe man lieber zehnmal mit dem Schwamme wieder zurück, ehe man das Auswischen beginnt. Aber es giebt andererseits ganz bestimmt leichte Fälle, in denen jeder

Arzt auch ohne Kehlkopfspiegel — selbstverständlich muss durch den Spiegel erst das Dasein eines Polypen constatirt sein — die Operation vollführen kann. Das sind Fälle, in denen man die Epiglottis auch ohne Spiegel sieht. Sieht man aber erst diese, so hat man nur nöthig, den Schwamm an die Rückenfläche derselben anzulegen und in den Larynx einzudringen. Soviel ich weiss, lehrt Schrötter unter Umständen seine Patienten, die Hartgummiröhre bei Stenosen sich selbst einzuführen — nun wenn dies Patienten können, warum soll nicht jeder Arzt ebenso gut unter Umständen den Schwamm einführen können?!

Schäffer hat im Ganzen 29 Fälle mit dem Schwamme operirt und alle diese geheilt; darunter waren 5 Sänger resp. Sängerinnen, welche ihre Singstimme wieder erlangten!

Catheterismus des Larynx. Schäffer sagt hier von dieser Methode: „eine von jedem practischen Arzte ohne besondere Schwierigkeiten ausführbare Behandlungsmethode" — warum sollte also nicht auch die Schwammmethode von jedem Arzte ausführbar sein, da der Schwamm doch nicht anders in den Larynx geführt wird, als die Hartgummi-Röhre?! Der Verf. theilt sehr interessante Fälle von Larynx-Stenose mit, durch verschiedene Krankheiten verursacht, bei denen er durch die Hartgummi-Röhren treffliche Resultate erzielte.

Von Strumen kamen ihm 33 Fälle vor. In allen Fällen machte er erst den Versuch mit einer starken Jodsalbe und gab innerlich Solut. Fowleri mit Tinct. ferri pomat.; auch hat er in manchen Fällen Jod-Einspritzungen gemacht. Er hat hierdurch zum Theil Heilung, zum Theil blosse Besserung eintreten sehen.

Auch hat Verf. die Electrolyse bei Strumen angewendet; üble Zufälle hat er nie dabei beobachtet. Einfache Strumen wurden alle dadurch geheilt und empfiehlt diese Methode bestens. Ebenso behandelte er Lymphome am Halse mit Erfolg auf diese Weise und sagt schliesslich: „dass die electrolytische Behandlung auf das ganze Drüsensystem günstig einzuwirken schien, da anderweitige kleinere Drüsenanschwellungen während derselben ohne weiteres Zuthun verschwanden."

Wir empfehlen die kleine Schrift den Collegen, als das Ergebniss einer reichen Erfahrung. Voltolini.

Beitrag zur Lehre der Fremdkörper in der Nasenhöhle. (Contribution à l'étude des corps étrangers des fosses nasales.) Von Dr. Paul Koch. (Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. von Ladreit de la Charrière. No. 1, 1885.)

Ein dreijähriges Mädchen hat seit einem Jahr linksseitigen eitrigen Ausfluss aus der Nase. Anamnese, Rhinoscopia anterior und posterior ergeben ein negatives Resultat. Der schwierige Durchgang der Luft liess sich durch die Schwellung der Mucosa erklären. Es wurden endlich starke Nasendouchen von der gesunden zur kranken Nasenhöhle mittelst lauwarmer Kochsalzlösung angewandt; nach etwa 10 Douchen kam aus dem linken Nasenloch ein Stück Pomeranzenschale, 0,25 Grm. wiegend, heraus; es hat die Form eines Viereckes, dessen eine Linie 6, die andere 18 Millimeter hatte. Seit langer Zeit hatte das Kind keine Pomeranze mehr gegessen, es hatte nie eine Indigestion nach Pomeranzen bekommen, es hatte nicht über dem Essen einer Pomeranze fehl geschluckt, es be-

stand keine Lähmung des Gaumensegels: in anderen Worten, alle Ursachen fehlten, um die Einführung der Pomeranzenschale durch den Nasopharyngealraum zu erklären. Man musste also annehmen, dass das Kind sich selbst den Fremdkörper direct in die Nase gesteckt hat; letzteres ist überhaupt der gewöhnliche Hergang.

Wenn ein Kind mit einseitigem eitrigem Nasenfluss, besonders wenn dieser Ausfluss riechend ist, wenn selbst die Anamnese nebst Untersuchung ein negatives Resultat ergeben, so muss man immer an das Vorhandensein eines Fremdkörpers denken und demgemäss behandeln; am besten bleibt die Nasendouche, mit Vorsicht angewandt.

Dr. P. K.

Sarcome der Nasenhöhlen. (Sarcome des fosses nasales.) Von Dr. Terrier u. Jeauselme. (Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 5, 1885.)

Ein 55jähriger Mann, früher immer gesund, nicht hereditär belastet, bekommt eine weissliche, sich rasch entwickelnde, leicht blutende, das ganze linke Nasenloch verstopfende, unbewegliche, nicht schmerzhafte, serösen, stinkenden Eiter secernirende Geschwulst. Nachdem selbe einen Stillstand in ihrer Entwickelung gemacht hatte, wuchs sie wieder rasch, sie war sehr schmerzhaft, es bestanden irradiirende Schmerzen, Taubheit und Schlingbeschwerden. Später kamen Respirationsbeschwerden und der Kranke konnte die Rückenlage nicht mehr einnehmen. Deformation und Epiphora. Die microscopische Untersuchung eines excedirten Stückes ergab die Diagnose eines Sarcoma fasciculatum. Die linke Choane wird vom Nasenrachenraum her tamponirt, ein Hautschnitt wird von der Nasenwurzel bis zum Nasenflügel gemacht, die Hauträndер werden entfernt, der Tumor mittelst der Fingernägel entfernt; letzterer hatte keine Ramificationen, war gestielt; die Lappen wurden vereinigt und die Heilung ging per primam von Statten; man tamponirte die vordere Nasenöffnung mit Boraxlösung angefeuchteter Charpie und machte über das Ganze Compressen, welche mit derselben Lösung getränkt waren. Verff. heben folgende Punkte hervor: 1) Der Verlauf des Tumors bestand in zwei genau abgegrenzten Perioden; zwischen beiden Perioden war ein Stillstand von beinahe einem Jahre. 2) Die Verwechselung mit Epithelioma wäre ohne microscopische Untersuchung unvermeidlich gewesen. 3) Alle Ramificationen und Adhaerenzen fehlten gänzlich; die Operation war also leicht, trotzdem selbe sich schwer und gefährlich ansah. 4) Die Kleinheit des Stieles, seine leichte Zerstörbarkeit und das Vermeiden der Recidive. 5) Der Sitz des Stieles auf dem hinteren Theile der Nasenscheidewand, währenddem die eigentlichen Polypen auf der äusseren Fläche in der Höhe der mittleren Nasenwurzel wurzeln. Dr. P. K.

Ueber den Einfluss peripherer Trigeminusreize auf das Gehörorgan. Von Dr. Meyerson, Warschau. (Wien. Med. Presse, Nov. 1885, No. 44.)

M. theilt einen Fall seiner Praxis mit, in welchem er einen directen Beweis für die von Urbantschitsch näher ausgeführten Beziehungen zwischen Quintusreiz und Sinnesorganen, in specie dem Gehör gefunden zu haben glaubt. Ein 15jähriger junger Mann litt an totaler Nasenverstopfung in Folge beträchtlicher Hypertrophie der vorderen Enden beider untern Muscheln, desgleichen an beiderseitigem Mittelohrcatarrh

mit mässiger Trübung und Einwärtsziehung der Trommelfelle; Hörweite für Uhr rechts 5 Ctm., links im Contacte mit der Ohrmuschel. Nach Abtragung der rechtsseitigen Muschelschwellung mit der Schlinge, stieg die Hörschärfe sofort auf 25 Ctm., nach der einige Tage später erfolgten linksseitigen Operation desgleichen auch links auf 20 Ctm.; die Hörverbesserung hielt 3 Wochen nach der Operation (Zeitpunkt der Publication) unverändert an, auch dann, als sich einige Tage nach derselben eine entzündliche Schwellung der unteren Muschel einstellte, welche die Nase auf's Neue, allerdings nur vorübergehend, obturirte. — Wenngleich die Beziehungen zwischen den Quintusreizen und den Functionen von Sinnesorganen im Allgemeinen nicht wegzuläugnen sind, so ist doch eine gewisse Reserve für die Deutung im einzelnen Falle geboten, wie auch schon Weber-Liel, welcher zuerst auf den bez. Zusammenhang die Aufmerksamkeit gelenkt hat, seiner Zeit (M. f. O. 1883, 3) ausgeführt hat. Auch im vorliegenden Falle dürfte zur Erklärung der Hörverbesserung der Umstand, dass durch die plötzlich wieder hergestellte Wegsamkeit der Nase auch die Ventilationsverhältnisse für Tuben und Mittelohr günstigere geworden sind, zu nahe liegend sein, als dass diese Möglichkeit durch den von M. erhobenen Einwand, dass das Luftdruckverhältniss im Nasenrachenraum bei der offenen Communication mit der Mundrachenhöhle nicht hätte differiren können, ausgeschlossen würde. Zudem vermisst man einige für die Beurtheilung des Falles belangreiche Aufschlüsse: so z. B. die Angabe über Wegsamkeit der Tuben vor und nach der Operation, den Trommelfellbefund nach eingetretener Hörverbesserung, sowie den rhinoscopischen Befund bezüglich des Nasenrachenraumes und hinterer Nasenabschnitte. Dass andererseits ein einmaliger Eingriff, der durch die vorangegangene Cocainapplication noch entschieden an Schmerzhaftigkeit verloren hatte, lediglich auf dem Wege des Reflexes eine solch' günstige und anhaltende Einwirkung auf das Gehör gehabt haben sollte, ist wenig wahrscheinlich, und zwar mit Berücksichtigung der Thatsache, dass bisher trotz der Vielseitigkeit der Erfolge galvanocaustischer Operationen am Muschelschwellkörper eine Beeinflussung des Gehörs nur selten und in wenig ausgesprochenem Maasse registrirt worden ist.

Keller.

Ueber Verletzungen des Ohres vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus. Von Dr. Richard Wehner in Frankfurt a. O.

Von dem als tüchtiger Ohrenarzt bekannten Verfasser, der zugleich die Stellung eines Königl. Kreiswundarztes bekleidet, dürfte man wohl von vornherein erwarten, dass er seinem Thema in vollstem Maasse gerecht werden würde. Und in der That haben wir uns nicht getäuscht.

Nach Anführung der betreffenden Gesetzparagraphen formulirt der Verf. folgende vier Fragen, die event. bei einer Verletzung des Ohres an den Gerichtsarzt gestellt werden könnten:

1) War durch die Ohrverletzung der Tod herbeigeführt?
2) War durch die Ohrverletzung „ein Verlust des Gehörs" bewirkt?
3) War eine Ohrverletzung vorhanden?
4) Ist eine Ohrverletzung simulirt worden?

Was die erste Frage betrifft, so dürfte eine auf das Ohr beschränkte

Verletzung an sich den Tod kaum nach sich ziehen, in seltenen Fällen könnte eine Blutung, Tetanus, Pyämie etc. im Anschluss an die Verletzung den tödtlichen Ausgang bedingen. Dagegen sind die bei Ohrverletzungen häufig in Mitleidenschaft gezogenen benachbarten Organe nicht selten für den Tod verantwortlich zu machen, besonders das Gehirn mit seinen Häuten, die grossen Gefässe etc.

Der Verlust des Gehörs im gesetzlichen Sinne (Frage 2) betrifft immer den Verlust der Hörfähigkeit überhaupt, nicht wie beim Auge die Sehkraft auf nur einem Auge. Hier erwächst in jedem Falle die Schwierigkeit, zu beurtheilen, welcher Grad von Schwerhörigkeit als Verlust der Hörfähigkeit angesehen werden dürfte. Das österreichische Gesetz drückt sich in diesem Punkte bestimmter aus, als das preussische, indem es sagt, Verlust oder bleibende Schwächung.

Bei der Frage 3 wird das Gutachten des Gerichtsarztes oft schon zu einer Zeit verlangt, wo der auf die Verletzung folgende entzündliche Process, meistens eine Mittelohreiterung, noch nicht abgelaufen ist. Hier ist die äusserste Vorsicht bezüglich der Prognose geboten, da man nie voraussehen kann, wann und wo eine Mittelohreiterung endet.

Bei der Frage 4 kommt Verf. sehr ausführlich auf die verschiedenen Methoden der Entlarvung von Simulanten zu sprechen. Es beweist nicht gerade die Zuverlässigkeit der einzelnen Verfahren, dass sich die Zahl derselben auf nunmehr 19 erhöht hat.

Verf. bespricht nun sehr eingehend die Ursachen, durch welche Ohrverletzungen hervorgerufen werden können und theilt dieselben in mechanische, thermische, chemische resp. toxische.

Der vorliegende erste Theil der Abhandlung umfasst nur die mechanischen Verletzungen. Dieselben werden in indirecte und directe getheilt und hiernach die Verletzungen der einzelnen Abschnitte des Hörorgans in klarer, erschöpfender Weise unter Anführung der einschläglichen Literatur erörtert. Der Häufigkeit und Wichtigkeit entsprechend, sind besonders eingehend die mechanischen Verletzungen des Trommelfells gewürdigt.

Jedermann, der sich über diese Punkte orientiren will, wird die vorliegende Abhandlung mit Nutzen gebrauchen können.

Moldenhauer.

Herniöse Vorbauchung der Paukenschleimhaut durch Oeffnungen im Trommelfell. (Hernial Protrusion of the Mucous Membrane of the Tympanic Cavity through the Membrana Tympani in Some Cases of Chronic Purulent Otitis Media.) Von Charles H. Burnett in Philadelphia. (Medical News, 24. October 1885.)

Die durch eine Trommelfellperforation sich vorstülpende Schleimhautpartie wird leicht für einen Polypen gehalten, soll sich jedoch von letzterem durch Empfindlichkeit bei Sondenberührung unterscheiden. B. hat diese Schleimhauthernien bisher nur bei Frauen beobachtet, einige Mal mit der Menstruation zusammenfallend. Er warnt vor Anwendung des Schlingenschnürers oder von Aetzmitteln. Am Platze sind Borsäure, Alaun und Alcohol. A. Sch. (N.-Y.)

Wir sind in der letzten Zeit mit unseren ohrenärztlichen Referaten etwas in's Hintertreffen gekommen. Der Grund für diesen unverschuldeten Missstand liegt darin, dass die

Herren, welchen die betreffenden Berichterstattungen zugetheilt waren, die übernommenen Verpflichtungen zum grössten Theil nicht einhielten. Mit dem neuen Jahrgang wird zuverlässig darin Wandelung eintreten. Zumal sei dies denjenigen Autoren gegenüber auch gesagt, welche uns ihre Bücher zur Recension eingeschickt haben. *)

b) Laryngologische.

Ueber die Beziehung der Kehlkopfnerven zur Innervation der einzelnen Kehlkopfmuskeln. Von Simanowsky. (Botkin's kl. Wochenschrift, 1885, 9—13.)

Nach der ausführlichen Darlegung des heutigen Standes unseres Wissens über Innervation des Kehlkopfs und diesbezüglicher Streitpunkte, theilt Verf. einige interessante Resultate seiner bisher noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen in diesem Gebiete mit, die den bekannten neuen Arbeiten Exner's entschieden widersprechen. Seine Schlüsse lauten, wie folgt: 1. M. posticus, sowie auch M. cricoaryth. lateralis sind unstreitig durch Recurrens innervirt. 2. Es gilt dasselbe bezüglich der Innervation der Muskeln, die in Stimmbändern gelegen sind; dieser Muskel wird ganz und gar nach der Durchschneidung des Recurrens atrophirt. 3. M. trons. aryth. ist auch durch Recurrens innervirt, denn in der Mehrzahl der Durchschneidungen des Recurrens war auch Atrophie dieses Muskels mehr oder minder ausgeprägt. 4. M. cricothyreoid. ist zweifellos durch äusseren Ast des Laryng. sup. versorgt. Die Durchschneidung des Recurrens vergrössert nicht den Grad der Atrophie, die nur nach der Durchschneidung des N. laryng. sup. erzielt wird. Degeneration dieses Muskels bei Recurrenslähmung (Türck) mag durch die Unthätigkeit der entsprechenden Kehlkopfshälfte erklärt werden. 5. Musc. genio-epigl. wird weder nach Durchschneidung des Recurrens und beider Aeste des Laryngei sup., noch nach der der Rami pharyngei vagi et hypoglotti atrophirt; darum bleibt seine Innervation noch unerklärt.

Warum Mandelstamm und Exner bei Durchschneidungen der-

*) **Notiz.** In der Octobernummer dies. Monatsschr. war zusätzlich zu einem Referate Keller's über die von Herrn Dr. Schwabach bei Herstellung von Trommelfellpräparaten nach der von Partsch mitgetheilten Methode („welche im Wesentlichen darin bestehe, dass die Präparate in eine 5 — 8procentige Lösung von Kali caust. gelegt werden, womit Anfangs täglich zu wechseln ist") bemerkt worden, dass Weber-Liel „bezügl. hergestellte Präparate" schon seit 15 Jahren benutze. Nach Einsicht in das Original des Schwabach'schen Aufsatzes muss aber betont werden, dass beide Methoden zwar in der Hauptsache der Anwendung einer alcal. Lösung (und auch darin nicht ganz; denn Weber-Liel benutzt Liqu. Kali caust. sowohl rein, wie in Mischung mit Liqu. Ammon. caust. und letzteres auch für sich allein zur Maceration), aber durchaus nicht in der Methode der bez. Herstellung ihrer Präparate übereinstimmen; auch W.-L. nach seiner Methode nicht nur Trommelfellpräparate, sondern solche des ganzen Gehörgangs gewinnt. Welche Methode bessere Resultate liefere, könnte nur eine Vergleichung der Präparate lehren. Indess wird Herr W.-L. Gelegenheit nehmen, seine Methode in diesen Blättern mitzutheilen und werden die sich für die Sache interessirenden Leser sich darin selbst ein Urtheil bilden können.

selben Nerven andere Resultate bekamen, ist für Verf. schwer zu begreifen. Wenn N. laryng. medias (Exner), der nur M. crico-thyreoid. versorgt, wirklich existirt, wie kommt es, dass die Durchschneidung desselben zum Tode führt, und selbst schneller, als die Durchschneidung beider Recurrens? Es wurde einmal von Verf. nach Durchschneidung des Rami ext. N. laryng. sup. noch ein Stück vom N. pharyng. (also auch laryng. med. Exneri) ganz nahe der Abzweigung desselben von Vagus ausgeschnitten, und die dadurch bedingte Atrophie des M. crico-thyreoid. wurde sonst nicht grösser, als nur nach der Durchschneidung R. ext. N. laryng. sup.

Diese Untersuchungen sind an Hunden angestellt.

E. Stepanow.

Respiratorische Function des menschlichen Larynx, nach den Untersuchungen aus dem Laboratorium der Universität Harvard (La fonction respiratoire du larynx humain, d'après les recherches expérimentales du laboratoire de l'université d'Harvard.) Von Dr. Franklin Hooper.

Verf. kommt gemäss seinen Untersuchungen an Hunden und Pferden zu folgenden Schlüssen: Am auffallendsten sind die Widerstandsfähigkeit und die Kraft der Crico-arytaenoidei postici und der sie besorgenden Nerven. Die physiologische Wichtigkeit dieser Muskeln, ihre Abhängigkeit vom organischen Leben, ihre grosse, von so vielen Punkten herstammende Innervation sind hervorzuhebende Momente. Wenn die Abductorenfasern der Recurrentes besonders leicht erkranken, wenn die einseitige Abductorlähmung häufig und unschuldig ist, so kann man annehmen, dass auch die doppelseitige Abductorenlähmung häufiger ist, als man im Allgemeinen annimmt; dies die Theorie; in der Wirklichkeit aber muss man gestehen, dass diese doppelseitige Lähmung eine ebenso seltene, als gefährliche Krankheit ist. Der Vergleich der Crico-arytaenoidei postici mit den anderen Extensoren des Körpers, namentlich der Vorderarme, welche Extensoren ja auch viel leichter erkranken, als die Flexoren, scheint dem Verf. auch nicht zutreffend; man könnte sie eben so gut Flexoren des Larynx, als Extensoren nennen; weshalb die Namen Flexion und Extension auf die Rotation der Aryknorpel anwenden? Wenn man die Musculi crico-arytaenoidei postici mit andern Muskeln vergleichen will, so soll man sie höchstens mit den andern Respirationsmuskeln vergleichen; diese aber werden bekanntlich am letzten bei allen Krankheiten angegriffen; warum sollen nun die Respirationsmuskeln des Larynx eine Ausnahme machen?

Dr. P. K.

Ueber die prognostische Bedeutung der localen Erscheinungen der Larynxtuberculose. (Sur la valeur prognostique des manifestations locales de la tuberculose du larynx) Von Dr. Solis Cohen. (Med. News, Août 1884, und Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. von Ladreit de la Charrière. No. 1, 1885.)

Die Larynx-Affectionen können in prognostischer Beziehung bei der Lungentuberculose in zwei Classen getheilt werden: 1) Die erste Kategorie begleitet eine Lungenkrankheit, welche schnell in Verkäsung übergeht; sie ist von kurzer Dauer, kommt gewöhnlich einige Wochen bevor man die Lungenaffection physicalisch nachweisen kann. Sie besteht in allgemeiner Röthung der Larynxschleimhaut, in kleinen, folgenden Ulcerationen, welche sich in der Tiefe und in der Breite ausdehnen und mit

Eiter bedecken. Kommen diese Geschwüre auf der Epiplottis vor und entwickeln sie sich sehr rasch, so geht die Lungenschwindsucht auch recht rasch ihrem Ende entgegen. Kommen sie im Innern des Larynx vor, so ist die Dauer der Lungenkrankheit gewöhnlich eine längere. 2) Bei der zweiten Kategorie nehmen die Larynx- und Lungensymptome einen schleppenden Verlauf. Die Larynxkrankheit beginnt mit einer allgemeinen Blässe der Schleimhaut; später beginnen die Ränder der aryepiglottischen Falten, der oberen und unteren Stimmbänder und des Interarytaenoidalraumes sich zu infiltriren, zu verdicken und ihre Schärfe zu verlieren. Die Epiglottis schwillt so an, dass selbe das Larynxinnere bedeckt; die Larynxgeschwüre nehmen einen schleppenden Verlauf und können sogar heilen. Dr. P. K.

Ein Fall von Laryngitis haemorrhagica. Von A. Lanz. (Russ. med., Rundschau, 1885, 14.)

Der Kranke, 16 J. alt, bekam in Folge einer Erkältung Husten Heiserkeit und dann volle Stimmlosigkeit. Bei laryngoscopischer Untersuchung, 2 Wochen später, fand Verf. Röthung und sammetartiges Aussehen der Stimmbänder, deren obere Fläche, theils auch innere Ränder mit schwarzröthlichen Schörfchen bedeckt waren; Paralysis Mm. th.-aryth. int. Zeitweise Anfälle von Husten. Am 23. Tage nach der Erkrankung spie der Kranke mit dem Hustenanfalle einen Theelöffel voll Blut. Bei dieser Gelegenheit beobachtete Verf. das Heraustreten und Zusammenfliessen der punktähnlichen Haemorrhagien an verschiedenen Stellen der Stimmbänder. Es bedurfte noch eines Monats, bevor die Kehle zur Norm kam.

Dem Ref. zustimmend (M. f. O., 1884, No. 1) betrachtet Verf. Laryngitis haemorrhagica als eine selbstständige Varietät der Laryngitis; seines (und des Ref.) Erachtens entsprächen Fälle von Rethi (Wiener Med. Presse, 1884, No. 36—37) diesem Krankheitsbegriffe nicht.

E. Stepanow.

Larynxsymptome des Tabes dorsalis. (Manifestation laryngée de l'ataxie locomotrice.) Von DDr. Ord und Semon. (The British med. Journal, Avril 1885 und Revue mensuelle de laryngologie No. 10.)

Semon demonstrirte in einer Sitzung der Londoner medicinischen Gesellschaft einen Tabetiker mit unvollständiger Posticus-Lähmung. Stimme und Athmen waren normal; letzteres wäre jedenfalls gestört gewesen, wenn die Lähmung plötzlich eingetreten wäre. Semon nimmt an, dass diese Form von Larynxlähmung viel häufiger bei Tabes vorkommt, als allgemein angenommen wird. Dr. P. K.

Späte tertiäre Syphilis des Larynx und der Trachea. (Syphilis tertiaire tardive du larynx et de la trachée.) Von Dr. Delie. (Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. Von Dr. Moure. No. 6.)

29 Jahre nach der primären Infection, welche im Alter von 18 Jahren stattfand, traten Gummata im Laryngotrachealcanal auf, welche ulcerirten und characteristische dentritische Wucherungen bildeten, welche eine lebensgefährliche Stenose bewirkten. Mittelst allgemeiner Behandlung und Schrötter'schem Dilatationsverfahren trat Heilung ein, bis auf eine Semiankylose des rechten Cricoarytenoidalgelenkes. Dr. P. K.

Laryngeal-Syphilis; Chromsäure bei consecutivem Larynxoedem. (Syphilis laryngée. — Emploi de l'aide chromique dans l'oedème de la glotte.) Von Dr. Schiffers. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège.)

Ein 35jähriger, mit Syphilis behafteter Mann stellte sich mit der Raucedo syphilitica vor; das Laryngoscop zeigte Infiltration des Larynxeinganges; die interne Behandlung genügte nicht; Bepinselungen mit Chromsäure (1/6) brachten anffallende Besserung; die Bepinselungen wurden alle 2 — 3 Tage vorgenommen, sie waren schmerzlos; man soll den Pinsel, nachdem er in das Medicament getaucht worden, ausdrücken. Verfasser führt die Wirkung der Chromsäure auf ihre grosse oxydirende, wasseranziehende und Eiweiss coagulirende Eigenschaft zurück.

Referent erinnert an die günstigen, von Hering in Warschau durch die Chromsäure erzielten Resultate und räth zur Wiederaufnahme eines fast der Vergessenheit verfallenen Medicaments. Dr. P. K.

Phthisis laryngea, Oedema glottidis, Tracheotomie, Heilung. (Phthisie laryngée, oedème de la glotte, tracheotomie, guérison.) Von Dr. Latouche. (Revue mensuelle de laryngologie No. 9.)

Beginnende Larynxtuberculose; Inhalationen von Schwefelwasser (Eau de Challes) bringen derartige Verschlimmerung, dass die Tracheotomie gemacht werden musste. Es trat Besserung ein, die Canüle wurde entfernt, schliesslich wurde Patientin geheilt entlassen. Dr. P. K.

Intermittirende Laryngitis. (De la laryngite à répétition.) Von Dr. Fletcher Ingals. (The medic. Record, Mai 1885, und Revue mensuelle de laryngologie No. 9.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Diese Art von Laryngitis stammt gewöhnlich von Nasenverstopfung her. 2) Diese Verstopfung ist hervorgebracht durch Verkrümmung der Nasenscheidewand, durch Schwellung letzterer oder durch hypertrophische Rhinitis. 3) Innere Mittel sind fruchtlos, die hypertrophischen Gebilde müssen zerstört werden. 4) Diese Zerstörung ist schmerzlos, wenn man Cocain anwendet; die Laryngitis heilt dann von selbst. 5) Durch das Durchgängigwerden der Nasengänge hebt sich der Allgemeinzustand der Patienten. 7) Bei acutem Nasencatarrh bringen Einblasungen von Cocain plötzliche Besserung. Dr. P. K.

Submucöse Larynxblutung. (Hémorrhagie laryngée sous muqueuse.) Von Dr. Ethelbert Carrol-Morgan. (The med. Rec., Mars 1885 und Revue mensuelle de laryngologie No. 9.)

Ein Sänger verspürte beim Anschlagen eines sehr hohen Tones plötzliche Heiserkeit, krampfhaften Husten und blutigen Auswurf. Die Blutung war nicht bedeutend, aber continuirlich. Bei der laryngoscopischen Untersuchung sah man das linke Taschenband ganz blutig. Der Larynx wurde mittelst Spray (Alaun 0,60, Aqua dest. 30,0) gewaschen und man konnte nun deutlich in der Mitte des linken falschen Stimmbandes eine kleine blutende Stelle entdecken. Inhalationen von Acid. tannicum und Acid. gallicum (ana), sowie alle drei Stunden ein Pulver (Opium 0,03, Plumb. acetic. 0,20) stillten die Blutung; Eis, Ruhe, kalte Getränke. Die Stimme blieb am nächsten Tage belegt und man konnte deutlich das der betreffenden Stelle anhaftende Blutcoagulum sehen. Un-

beweglichkeit des linken Stimmbandes, leichte Athemnoth, Dysphagie. Nach drei Tagen fiel das Coagulum ab und man konnte das ganze Gewebe des falschen Stimmbandes mit Blut unterlaufen sehen; es war rothbraun. Nach mehreren Wochen erst trat vollständige Heilung ein; Patient konnte aber erst nach drei Monaten ungestraft wieder singen.

Patient hatte kein Zeichen weder von Syphilis, noch von Tuberculose; die Blutung entstand ohne Zweifel durch Zerreissung einiger Muskelfibrillen bei zu grosser Anstrengung. Verf. betont das Constantsein der Symptome bei solchen Larynxblutungen. Dr. P. K.

Anastomosen der Larynxnerven. (Anastomoses des nerfs laryngés.) Von Dr. Moura-Bourouillon. (Revue mensuelle de laryngologie No. 8, 1885.)

Verfasser bespricht die bekannten Anastomosen zwischen Vagus, Accessorius Willisii, Laryngeus superior und Laryngeus inferior, erwähnt die so lang schon bekannte Anastomose zwischen einem der Oesophagusäste des Recurrens und einem der Aeste des Laryngeus superior und stützt auf diese Anastomosen die electrische Behandlung der Larynxparalysen. Er setzt die Electroden ganz einfach auf beide Seiten der Zungenfläche der Epiglottis und bewirkt auf diese Weise wunderbare und schnelle Heilungen. Verf. bringt 2 eclatante Fälle als Beleg.

Dr. P. K.

Neues Hämostaticum. (Nouvel agent hémostatique.) Von Dr. Spaak. (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles, Mars 1885.)

Das Mittel erscheint den Collegen wahrscheinlich als lächerlich und fabelhaft; es besteht aus 2 Theilen Chloroform und 100 Theilen Wasser. Spaak wendet es bei allen Operationen im Mund, Rachen und Kehlkopf an; er giebt blos das Factum, die Physiologen mögen es erklären. Die Mischung wird aufgepinselt, gegurgelt oder mittelst Spray aufgetragen; sie wirkt plötzlich, hat einen schlechten Geschmack, macht keine Schorfe, ist leicht zu haben, man kann sie in der Eile selbst machen, kostet fast nichts, ist leicht aufzutragen und hindert den Chirurgen nicht während der Operation. Dr. P. K.

Cocain und Chorea laryngea. (Cocaine et chorée du larynx.) Von Dr. Massei. (Société française de laryngologie et d'otologie, Avril 1885 und Annales des maladies du larynx et de l'oreille No. 4.)

Eine 2 Jahre dauernde Chorea laryngea, welche jeder Behandlung trotzte, wurde durch 13tägige Bepinselung mittelst einer starken Cocainum-muriaticum-Lösung (1/5) geheilt. Dr. P. K.

Impfung der Tuberculose. (Inoculation de la tuberculose.) (Paris médical und Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie deBruxelles, Juni 1885.)

Ein junges Mädchen verwundete sich den Mittelfinger an einem Spuckkasten, welcher in Scherben zerbrochen war und Auswurf eines Phthisikers enthielt. Das Mädchen war vorher ganz gesund und in dem Auswurf wies der Arzt gleich Bacillen nach; es entstand ein Panaritium, welches heilte, aber einen erbsengrossen Tumor hinterliess. Dr. Tschoning untersuchte den Tumor und fand ihn aus ähnlichen Massen zu-

sammengesetzt, wie man in den Lungen bei beginnender Phthise findet. Später entstand eine schmerzhafte Tendinitis an demselben Finger, zwei Cubitaldrüsen und später zwei Axillardrüsen waren angeschwollen. Die Lungen waren noch intact. Der Mittelfinger wurde exarticulirt und die betreffenden Drüsen exstirpirt; Finger und Drüsen wurden tuberculös infiltrirt gefunden. Mittelst der Methode von Ehrlich konnte man sowohl aus den Drüsen, als aus der Sehnencapsel recht hübsche Tuberkelbacillen entnehmen; die einen waren vereinzelt, die andern zu 2 — 3 in einem offenen V zusammengesellt; einige enthielten Sporen.

Dr. P. K.

Gumma der linken Larynxhälfte. (Gomme syphilitique de la moitié gauche du larynx.) Von Dr. Charazac. (Revue mensuelle de laryngologie No. 4, 1885.)

Die syphilitischen Gummata des Larynx sind entweder extralaryngeal oder intralaryngeal; letztere sind ziemlich selten; sie kommen in circumscripter oder auch in diffuser Form vor, können aus dem Stadium der einfachen Infiltration in das der Eiterung und der Geschwürsbildung übergehen. Häufiger bei Männern, als bei Frauen, wahrscheinlich wegen Alcohol- und Tabakgenuss; sie entsprechen immer einer späten Periode der Syphilis. Anfangs Stimmstörung, welche einen characteristischen Ton an sich hat (raucedo syphilitica, voix crapuleuse), seltener rauher, fast pathognomonischer Husten, sparsamer, zäher Auswurf, fast kein Schmerz, etwas Schlingbeschwerden, wenn die hintere Larynxhälfte infiltrirt ist, mit der Entwickelung der Gumma wachsende Athemnoth bis zu wirklichen Erstickungsanfällen, Ankylose der Cricoarytenoidalgelenke, laryngoscop. Bild verschieden, je nachdem man mit einem umschriebenen oder mit einem infiltrirenden Gumma zu thun hat.

Verf. beschreibt einen Fall von gummatöser Infiltration, welche die ganze linke Larynxhälfte eingenommen hatte: Ein 39jähriges Mädchen, ihre Syphilis läugnend, klagte über das Gefühl eines Fremdkörpers in der linken Halsseite, sich bis in's Ohr erstreckender acuter Schmerz beim Schlucken, Athembeschwerden, Husten, blutig gestreifter seltener Auswurf, rauher Husten, rauhe Stimme, Lungen gesund, linke Seite des laryngoscopischen Bildes zeigt alle Symptome einer inflammatorischen Schwellung und Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes. Die Heilung ging rasch von statten beim Gebrauch einer antisyphilitischen Cur. Verf. geht nun über auf die Beschreibung der Fortschritte der Krankheit, wenn sie nicht antisyphilitisch behandelt wird und giebt die allgemein bekannten Symptome der destructiven Larynxprocesse. Er betont ferner, dass die syphilitische Gummainfiltration leicht zu erkennen und namentlich nicht mit der hypertrophischen plastischen Larynxinfiltration zu verwechseln sei; die Differentialdiagnose zwischen Phthisis laryngea ist schon schwieriger und ohne Anamnese oft unmöglich; alle von den Autoren gegebenen, künstlich construirten Beschreibungen lassen bei dieser Differentialdiagnose gewöhnlich im Stich. Dr. P. K.

Fractur der Larynxknorpel. (Fracture des cartilages du larynx.) Von Dr. Knaces. (The Brit. Med. Journal, Novembre 1884 und Revue mensuelle de laryngologie No. 4.)

Ein 22jähriger Mann fällt von einem 30 Fuss hohen Gerüst her-

unter. In's Spital gebracht, sieht man Schwellung und Emphysem des ganzen Halses. Erstickungserscheinungen. Tracheotomie; aus der geöffneten Trachea wird Blut und Schleim ausgeworfen. Das Dilatatorium wird eingeführt. Der Kranke athmet besser, der Puls hebt sich, das Hautemphysem verschwindet. Das Dilatatorium wird durch eine Canüle ersetzt; es kommen neue Erstickungsanfälle, denen Patient unterliegt. Bei der Section fand man Fractur der Larynxknorpel, namentlich der Cart. cricoidea; die Bronchen waren mit Blut überfüllt und die Lungen hyperämisch. Dr. P. K.

Diphtheritis, Larynxstenose, Tracheotomie, Diphtheritis der Wunde, Perforation der Speiseröhre. (Diphthérie, Croup, Trachéotomie, Diphtherie de la plaie, perforation de l'oesophage.) Von Dr. Hoël. (Union médicale et scientifique du Nord-Est, Juillet 1885.)

Ein 4½ Jahre altes, lymphatisches Kind wird bei schon langdauernder Larynxstenose operirt, befindet sich während 4—5 Tagen wohl, bekommt dann Collapsus mit den Symptomen einer Tracheo-Oesophagusfistel. Verf. führte den Ursprung dieser Fistel nicht auf Druck der Canüle, sondern auf den diphtheritischen Process und Gangrän zurück. Dr. P. K.

Pathologische Anatomie des Larynx bei Lepra. (Anatomie pathologique du larynx lépreux. Von Dr. Celoir. (Société de biologie de Paris, Séance du 18. Juillet 1885 und Annales des maladies du larynx et de l'oreille No 4.)

Verf. giebt die genaue Beschreibung der Leprainfiltration und Lepraulceration des Larynx; das Auffallende dabei ist, dass das Epithelium, wenn es noch besteht, nie Bacillen enthält; ebenso sind die Knorpel stets frei von Bacillen. Die Lymphdrüsen, in welche die Lymphgefässe münden, sind stets mit Bacillen angefüllt. Dr. P. K.

Inhalt.

I. Originalien: Jurasz: Casuistische Beiträge zur Lehre von den Anomalien der Gaumentonsillen. — Rettig: Der „Tonbringer". — Moldenhauer: Zur Pathologie des Pseudocroup. — Ziem: Ueber die Beziehungen zwischen Nasen- und Zahnkrankheiten. — Neidert: Primäre Larynxtuberculose. — — II. Referate und Recensionen: a) Oto-rhinologische: Paulsen: 1) Experimentelle Untersuchungen über die Strömung der Luft in der Nasenhöhle. Paulsen: 2) Ueber die Richtung des Einathmungsstromes in der Nasenhöhle. — Schäffer: Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie. — Koch: Beitrag zur Lehre der Fremdkörper in der Nasenhöhle. — Terrier u. Jeauselme: Sarcome der Nasenhöhlen. — Meyerson: Ueber den Einfluss peripherer Trigeminusreize auf das Gehörorgan. — Wehner: Ueber Verletzungen des Ohres vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus. — Burnett: Herniöse Vorbauchung der Paukenschleimhaut durch Oeffnungen im Trommelfell. — b) Laryngologische: Simanowsky: Ueber die Beziehung der Kehlkopfnerven zur Innervation der einzelnen Kehlkopfmuskeln. — Hooper: Respiratorische Function des menschlichen Larynx. — Cohen: Ueber die prognostische Bedeutung der localen Erscheinungen der Larynxtuberculose. — Lanz: Ein Fall von Laryngitis haemorrhagica. — Ord u. Semon: Larynxsymptome des Tabes dorsalis. — Delie: Späte tertiäre Syphilis des Larynx und der Trachea. — Schiffers: Laryngeal-Syphilis; Chromsäure bei consecutivem Larynxoedem. — Latouche: Phthisis laryngea, Oedema glottidis, Tracheotomie, Heilung. — Ingals: Intermittirende Laryngitis. — Carrol-Morgan: Submucöse Larynxblutung. — Moura-Bourouillon: Anastomosen der Larynxnerven — Spaak: Neues Hämostaticum. — Massei: Cocain und Chorea laryngea. — Tschoning: Impfung der Tuberculose. — Charazac: Gumma der linken Larynxhälfte. — Knaces: Fractur der Larynxknorpel. — Hoël: Diphtheritis, Larynxstenose, Tracheotomie, Diphtheritis der Wunde, Perforation der Speiseröhre. — Celoir: Pathologische Anatomie des Larynx bei Lepra. — Nachruf.

Sach- und Namen-Register vom Jahrgang 1885 wird No. 1, 1886 beigelegt.

Nachruf!

Am 20. November verstarb in Königsberg im 48. Lebensjahre einer unserer bedeutendsten Mitarbeiter auf dem Gebiete der Laryngologie, auch Mitarbeiter dieser Monatsschrift,

der ausserordentliche Professor der Medicin,

Dr. Johannes Ernst Burow.

Im Jahre 1873 übernahm er die von seinem Vater begründete chirurgische Privatklinik, an der er regelmässig Vorlesungen über propädeutische chirurgische Klinik und laryngoscopische Uebungen abhielt. 1876 wurde er zum ausserordentlichen Professor der Medicin ernannt.

Von seinen grösseren Arbeiten verdienen besonders hervorgehoben zu werden der weit verbreitete laryngoscopische Atlas (Stuttgart 1877), welcher soeben in II. Auflage erscheinen soll, und die Mittheilungen aus seiner chirurgischen Privatklinik von 1875 bis 1877 (Leipzig 1880*).

Obgleich Burow nicht nur die Chirurgie, sondern die gesammte Heilkunde praktisch ausübte, so war die Laryngologie doch sein Lieblingsfach, dem er sich mit besonderer Vorliebe bis zu seinem Tode hingab.

Seine hervorstechenden Charaktereigenschaften waren eine seltene Liebenswürdigkeit, Bescheidenheit und Selbstlosigkeit. Diese Eigenschaften ermöglichten es ihm, alle Widerwärtigkeiten in seiner Stellung zu überwinden und unermüdlich im Dienste der Wissenschaft zu arbeiten.

In den letzten Jahren seines Lebens scheint das Memento mori die Richtschnur seiner Handlungen gewesen zu sein. Wusste er es doch lange, dass es für seine Krankheit, ein Aneurysma der Aorta, keine Heilung gebe und er jeden Augenblick von dieser Welt abberufen werden könne. Niemand ahnte die Gefahr, in der Burow schwebte, da er, um seine Familie, seine Verwandten und Freunde zu schonen, niemals von seinem Leiden sprach, bis er auf's Krankenbett geworfen wurde und letzterem nun in wenigen Tagen erlag.

Burow konnte mit voller Befriedigung auf die Leistungen seines kurzen Lebens, sowie auf die treueste Pflichterfüllung in seinem Berufe zurückblicken, und war dieses Gefühl der Befriedigung ein schönerer Lohn, als manche äussere Anerkennung, die er wohl verdient hätte.

---

*) Seine letzte Arbeit war in dieser Monatsschrift erschienen, ein höchst wichtiger und interessanter Aufsatz, der auch in's Italienische übersetzt wurde, behandelnd: Die Uebertragung der Syphilis durch den Tubencatheter (Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 5, 1885).

Beiträge oder Referate beliebe man an Herrn Prof. Dr. Weber-Liel in Jena (z. Z. auf Urlaub in Mallendar bei Vallendar a. Rh.) einzusenden; ebenso alle für die Monatsschrift bestimmten Druckschriften, Archive, Separat-Abdrücke und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan, Berlin SW., Alte Jacobstr.6.

I. Sach-Register.

Abductorenparalyse doppelseitig von Young 24.
Abschluss der Mundhöhle von der Rachenhöhle bei Nasenathmung von Ziem 138.
Adenom des rechten Felsenbeines von Sexton 10.
Adenoide Vegetationen im Pharynxgewölbe von Robinson 155.
Aetiologie des Kropfes in England von Thursfield 247.
Aetzmittel und ihre Anwendung bei Ohren-, Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkrankheiten von Baumgarten 327.
Affectionen der Nase etc. von Lange 291
Alocarbon - Untersuchungslampe für Nase und Kehlkopf von Fritsche 312.
Aluminium acetico tartaricum und Aluminium acetico glycerinatum siccum bei Affectionen der Nase etc. von Lange 291.
Amygdalitis u. ihre Beziehungen zu den febrilen Zuständen der Kinder von X. 357.
Anastomosen der Larynxnerven von Moura-Bourouillon 397.
Antiphon, neueste Erfindung von Plessner 47.
Arsenikinjectionen, parenchymatöse, bei Kröpfen, Wirkung derselben von Dumont 253.
Auscultation der Oesophagus-Geräusche während des Schluckens etc. von Baréty 287.
Ausstossung des die oberen zwei Windungen enthaltenden necrotischen Schneckengehäuses mit Genesung des Kranken und nur theilweisem Verluste des Hörvermögens auf dem betreffenden Ohre von Gruber 225.
Apparat zur Entfernung falscher Membranen aus der Luftröhre von Hovell 30.
Asthma laryngeum, Behandlung von Luzinsky 128.

Bacillen, tuberculöse, ihr Verhältniss zu tuberculösen Verletzungen des Kehlkopfes von Lesch 245.
Bedeutung des Kropfes in der Aetiologie der Aphonie von Nikitin 247.
— der Zahnkrankheiten für die Entstehung von Nasenleiden von Ziem 273.
Bericht über das erste Lustrum ohrenärztlicher Thätigkeit von Schubert 184.
Besserhören bei Geräuschen von Bürkner 218.
Blutegel-Abfallen aus der Kehle beim innerlichen Gebrauch von Terpentinöl von Smolitschew 255.
Blutungen an dem Ohre von Gruber 80.
Bronchoplastik, ein Verfahren bei derselben von Jacobson 255.
Bronchialerweiterung von Hanot und Gilbert 287.
Bruchstücke, Herausnahme der tracheotomischen Canüle ex trachea von Zenenko 254.
Brüche des Zungenbeines und des Kehlkopfes von Lane 189.
Bursa pharyngea, ihre Bedeutung für die Erkennung und die Behandlung gewisser Nasenrachenraumkrankhtn. von Tornwaldt 285. 310.

Caries, lacunäre des Hammergriffes von Moos 7.
— nach Otitis media, casuistische Beiträge zur operativen Behandlung derselben von Schondorff 44
— des Ringknorpels von Lermoyez 55.
— und Necrose im äusseren Gehörgange und Paukenhöhle, Behandlung mit Schwefelsäure von Weber-Liel 102.
— des Felsenbeines, zwei Fälle von Williams 242.
Canüle, angewendet zur Behandlung eines Falles von Granulations-Stenose des Kehlkopfes etc. von Kiesselbach 359.
— Entfernung ders. nach der Tracheotomie von Hüpeden 359.
Chorea laryngea von Knight 159.
— Laryngis a contribution of the study of it von Holden 285.
Chromsäure-Aetzungen in der Nasenhöhle von Bresgen 341.
— bei Krankheiten der Nasenhöhle etc. von Hering 282.
Cocain, Verwendung desselben in der Ohrenheilkunde von Zaufal u. Weber-Liel 11.
— mur. bei Nasen- und Rachen-Affectionen von Fränkel 18.
— bei intranasalen Operationen von Jarvis 19.
— von Butlin 19.
— Anwendung in der Laryngologie u. Rhinologie von Störk 26.
— salzsaures, bei Phthisis laryngea von Lefferts 28.
— Anwendung in der Nase von Bosworth 50.
— in der Nasenchirurgie von Jarvis 89.
— als angiospastisches Mittel in der Rhinoscopie und Laryngoscopie von Beregszászy 125.
— Casuistisches über die anästhesirende Wirkung von Chiari 126. 252.
— Anwendung und Wirkung bei Krankheiten der Nase, Rachen etc. von Schnitzler 26.
— bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten von Stein 151.
— Wirkung bei Operationen am Trommelfell von Kirchner 151.
Cocaine de la von Baratoux 151.
Cocain bei Nasen- und Halskrankheiten von Herzog 171. 213.
Cocainum muriaticum als Anästheticum der Schleimhaut, des Pharynx etc. von Moure u. Baratoux 251.
— in Kehlkopf-, Ohren- u. Nasenpraxis von Fronstein 252.
— bei Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten von v. Stein-Moskau 283.
— salicylic., subcutane Injectionen bei Asthma und nervösem Husten von Beschorner 302.
— Ersatz für dasselbe von James 315.
— und Chorea laryngea von Massei 397.
Condylome in den äusseren Gehörgängen, ein Fall von Noquet 239.
Corrosions-Anatomie des Ohres von Steinbrügge 238.
Contagiosität der Tuberculose, Untersuchungen über die Geschichte derselben von Landouzy u. Martin 23
Contracturen der Stimmbandmuskeln, experimentelle Untersuchungen von Krause 52.
Complicationen der Tracheotomie von Parker 318.
Cricotracheotomie mit Hilfe eines besonderen Instrumentes, neue Methode von Gentilhomme 319
Croup und Diphtheritis von Aufrecht 158.
Cyste, seröse der linken Ohrmuschel von Schapringer 153.
Cystentumor der Schilddrüse von Hunt 92.

Defect, einseitiger m rechten hinteren Gaumenbogen von Schmiegelow 35.
— congenital des rechten vorderen Gaumenbogens von Claiborne jun. 155.
Defecte, erworbene im Schläfenlappen, zwei Fälle von Körner 153. 272.
Delirium und vorübergehendes Irresein nach Operationen in der Nase von Ziem 257.
Diphtheritis, Behandlung von Kline 30.
— zur Frage über die Behandlung u. Statistik von Lunin 250.
— Larynxstenose, Tracheotomie etc. von Hoël 399.
Drüse, käsige, die Trachea verstopfend und plötzlichen Tod bringend von Kidd 318.
Dyspnoe, Behandlung der mittelst Quebrache aspidosperma von Carrion 62.

Eczema introitus narium von Kiesselbach 36.
Eczem, sogenanntes des Naseneinganges von Moldenhauer 145.
Eczema introitus narium von Baumgarten 146.
Eczem, sogenanntes des Naseneinganges von Lublinski 315.
Einfluss der Nerven auf die Secretion der Nasenschleimhaut von Aschenbrandt 65.
Einathmungsstrom, Richtung desselben in der Nasenhöhle von Paulsen 382.
Eiterungen im Warzenfortsatze, operative Behandlung von Hessler 113.
Electrische Beleuchtung der verschiedenen Körperhöhlen von Semon 188.
Electrisches Licht, verwendet in unserer Specialität von Voltolini 142.
Eleïdin, dessen Verbreitung auf der Haut etc. von Ranvier 31.
Entfernung d. Hinterstückes u. Schraube einer Flinte aus der Nase nach fünf Jahren von Parker 222.
Enuresis nocturna, abhängig von Nasenobstruction von Ziem 278.
Epithelsdegeneration der Riechschleimhaut des Kaninchens nach Zerstörung d. Riechlappen derselben v. Lustig 14.
Epithelcarcinom, primäres der linken Nasenhälfte von Delstauche u. Marique 17.
Epithelioma der Zungenbasis etc. von Franks 60.
— des mittleren Theiles des Oesophagus von Ganzinotti 61.
Epitheliom der linken Tonsille von Donaldson 155.
Ergebnisse, vergleichende verschiedenartiger Hörprüfungen von Burckhardt 304.
Ersatz des Bellok'schen Instrumentes durch eine Drainröhre von Putilow 342.
Erkrankung der nervösen Gebilde des Gehörorganes, clinische Berichte von Kipp 43.
Erkrankungen, bösartige des Kehlkopfes von Butlin 121.
Ertaubung nach Cerebrospinal-Meningitis, 2 Fälle etc. von Knapp 243.
Ethmoidalzellen-Entzündung, Abscess und Neubildung von Thudichum 49.
Ethmoiditis, necrotisirende, ihr Zusammenhang mit der Entwicklung von Nasenpolypen, Ozaena etc. v. Woakes 314.
Excoriationes narium von Schmiegelow 209.
Exostose im äusseren Gehörgang, ein Fall von Jacquemart 273.
Exstirpation der Schilddrüse, Experimente über die Folgen derselben von Schiff 89.

Facialisparalyse durch Druck etc. von Stocquart 58.
Fehlen der linken Geruchsnerven von Trilessky 221.
— der Bacterien in der Gebirgsluft von Miguel 253.
Fliegenlarven in der Nase von Harrison 344.
Form, seltene von Kehlkopfneurose von Bride 287.
Fractur der Schädelbasis mit Verletzung des Nervus accessorius Willisii von Bettmann 83.
— des äusseren Gehörgangs durch Contrecoup, ein Fall von Williams 240.
Fremdkörper in der Trachea von Fraipont 94
— in der Luftröhre von Pitts 94.
— in der Nasenhöhle, Beitrag zur Lehre derselben von Koch 389.

Galvanocaustik, Werth im Vergleiche mit andern Methoden etc. von Shurley 154.
Gangrän der Ohrmuschel von Eitelberg 309.
Gastrotomy, Oesophagostomy etc. von Gross 254.
— von Barrow 63.
Gaumenhaken, Anwendung des von Ziem 262.
Gaumentonsillen, casuistische Beiträge zur Lehre von der Anwendung derselben von Jurasz 361.
Gehörstörung b. Gehirntumoren, Genese von Moos 111.
Gehörshallucinationen und falsches Gehör bei Musikern und Sängern durch die Autophonie bei Ohrenleiden hervorgebracht von Sexton 11.
Gehörstörung bei der Hysterie etc. von Blake Walton 82.
Gehörorgan, über den Einfluss peripherer Trigeminusreize auf dasselbe von Meyerson 390.

Gehörorgan der Wirbelthiere v. Retzius 116.
— Erkrankung bei Leukämie von Blau 271.
Gehörverlust auf einem Ohre in Folge von Mumps, 2 Fälle, von Kipp 220.
Geräusche, objective in beiden Ohren, ein Fall von Baker 243.
Gellé'scher Versuch, Werth desselben von Gellé 180.
Geschwür, einfaches zwischen Luft- u. Speiseröhre von Carrington 24.
—, trophisches des äusseren Ohres bei Anästhesie des Trigeminus u. Occipitalis major von Seguin 46.
Gestaltsveränderungen der Nase durch Verletzung, Behandlung von Walsham 88.
Geschwulst, fibröse des Mittelohres von Truehart 341.
Glossitis exfoliativa marginata von Lemonier 25
Granulom der Trachea von Basler 61.
— mit Haaren im Gehörgang von Kuhn 310.
Glottis-Schliesser u. -Oeffner, Verhalten der b. Affectionen ihrer Nervenbahnen von Rosenbach 123.
Gumma der linken Larynxhälfte von Charazac 398.
Gummata des Trommelfells von Baratoux 239

Hämostaticum, neues von Spaak 397.
Halskrankenabtheilung vom St. Thomas-Hospital 1883 von Semon 191.
Halscysten von Morgan 125
Herpes laryngis, Bemerkungen über 2 Fälle von Stepanow 237.
Heufieber bei einem Neger von Mackenzie 50.
— -Behandlung mit Cocain von Watson 342
— -Therapie von Robinson 342.
Histologie der Struma von Gutknecht 247.
— pathologische des Schnupfens von Mackenzie 343.
Historisches über die Entdeckung des erectilen Gewebes der Nase von Mackenzie 221.
Hörprüfung von Gruber 33.
— mit Stimmgabel, graphische Darstellung der Resultate von Hartmann 147.
Hör-Verlust, plötzlich eingetretener, hochgradiger beiderseits in Folge nervöser Ohraffection, 2 Fälle von Barr 307.

Innervation des Larynx, Lehre von Simanowsky 186.
Infection, tuberculöse des Mittelohres von Habermann 306.
Infiltration, aussatzartige der Epiglottis und ihre Beziehungen zu den Bacillen der Lepra von Thin 159.
Instrument, neues für Operationen im Kehlkopf bei Rückwärtsneigung des Kehldeckels von Voltolini 198
Instrumentarium, aus meinem von Lange 331.
Isolirung des Wärmesinns durch Cocain von Mackenzie 343

Kehlkopf, respiratorische Function desselben von Hooper 360.
— -Exstirpation von Albert 31.
— bei Carcinom von Hahn 95.
— Ueberblick über die bis heute gewonnenen Resultate von Zesas 62.
— -Krampf 95.
— -Krankenbehandlung, einige Verrichtungen von Jacobson 192.
— -Neurosen, Classification derselben von Elsberg 21.
— -Lähmungen, Bemerkungen über von Finlayson 95.
— -Schwindel von Bride u. Russel 95.
— u. Lungentuberculose, ein Fall von Mackenzie 245
— -Nerven, ihre Beziehung zur Innervation der einzelnen Kehlkopfmuskeln von Simanowsky 316. 393.
Kleinhirnabscess bei chronischer eitriger Mittelohrentzündung von Rothholz 242.
Kniephänomen, Beziehungen des zur Diphtherie und deren Nachkrankh. von Bernhardt 185.
Krankheiten des Halses und der Nase von Mackenzie 19.
— der Mundhöhle Nasen, Rachen etc. von Schech 50.
— des Halses und der Nasenwege von Dalby 52.
— der Schilddrüse, 2 Fälle von Jones 91.
— des äusseren Gehörganges, Therapie von Kessler 154.

Krebsgeschwulst des Os hyoideum von Verneuil 25
Kropfbehandlung von Obalinski 91.
Kropftod von Seitz 158.

Labyrinthaffection, doppelseitig nach Aufenthalt in der Taucherglocke von Moos 84.
—, -Therapie von Politzer 85.
— -Läsion, Luxation, Fractur des Steigbügels von Bürkner 81.
— -Erkrankung, schwere bei Scarlatina-Diphtheritis, 2 Fälle von Wolf 219.
Lähmung des linken Stimmbandes von Cohen 94.
Laryngeal-Syphilis von Schiffers 396.
Laryngitis haemorrhagica, ein Fall von Lanz 395.
—, intermittirende von Ingals 396.
Laryngo-Phantom von Baratoux 203.
Larynx von Delavan 54.
— -Bepinselungen in Bezug auf Ansteckung der Tuberculose von Noquet 63.
— -Blutungen von Gleitsmann 187.
—, submucöse von Carrol-Morgan 396.
— -Exstirpation bei einem Greise von Leisrink 34
— -Knorpel, Erkrankung während der Reconvalescenz von Typhus von Hoch 189.
— -Neurose, seltener Fall von Bride 189
— menschlicher, respiratorische Function desselben von Hooper 394.
— -Symptome des Tabes dorsalis von Ord und Semon 395.
— -Tuberculose, locale Behandlung derselben von Gougenheim 23.
—, primäre von Rabaine 23.
— von Neidert 377.
—, über die prognostische Bedeutung der localen Erscheinungen derselben von Cohen 394.
Leber bei Tuberculösen von Sabourin 246.
Lepra, Kehlkopfbefund von Müller 122
—, ein Fall von Müller 122.
— im Larynx, pathologische Anatomie, Beitrag von Masini 317.
—, pathologische Anatomie des Larynx bei derselben von Celoir 399
Localisation des corticalen motorischen Centrums des Larynx von Delavan 54.
—, sensorische in der Hirnrinde von Luciani 272.
Luft, comprimirte und verdünnte als Substitut für Climawechsel etc. von Solis-Cohen 63.
Lucae'sche Drucksonde, Behandlung mit derselben von Eitelberg 85.
Luftröhrenveränderung von Sommer 93.
Lymphsarcoma linguae, ein Fall von Hutchinson 358.

Maladies de la gorge et du larynx, traitement par Michel 124.
Mandel, petrificirte von Kampf 222.
Mandelschanker von Taylor 60.
Menière'scher Symptomencomplex etc. von Baginsky 148.
Methode, verbesserte z. Photographiren des Larynx von French 188
Melansarcom der Nase, Entfernung des durch die galvanocaustische Schlinge von Lincoln 343
Menopause, Einfluss der auf die Krankheiten des Ohres von Menière 307.
Menthel, ein Ersatz des Cocain zur Erzeugung localer Anästhesie in Nase und Pharynx von Rosenberg 284.
Mineralwässer, Gebrauch bei chronischen Pharyngolaryngealleiden von Cadier 128.
Missbildung des Ohres von Trückenbrod 241.
Mittelohrentzündung, acute, Einfluss auf Respiration von Macdougall 38.
—, chronisch-eitrige, mit nachfolgender intracranieller Erkrankung, ein Fall von Fulton 220.
Mittelohrerkrankungen, Behdlg. mittelst der Lucae'schen Drucksonde von Eitelberg 244
Modification des Catheter's für die Eustachische Röhre von Ferguson 243.
Myxoedema mit Section von West 25.
—, with a post mortem examination, a case von White 222.

Nase, die in ihren Beziehungen zu dem übrigen Körper von Runge 283.
—, Beiträge zur plastischen Chirurgie derselben von Mikulicz 48.
Nasenbluten von Voltolini 16.
Nasencatarrh, hinterer und Krankheiten der Nase von Woakes 119.
Nasen- und Halskrankheiten von Moore 315.

Nasenpolypen Behandlung von Richardson 154.
— von Hopmann 161. 230.
Nasenrachenraum, adenoide Vegetation des von Mackenzie 50.
Nasenrachenaffectionen, Mittheilungen von Katz 284.
Nasenreflex-Neurosen von Sommerbrodt 281.
Nasenschleimhaut, Circulationsapparat derselben von Zuckerkandl 86.
Nasenstenose, hereditäre als Ursache von Phthise von Jarvis 344.
—, als Ursache des Nasen- und Nasenrachencatarrhs von Walsham 17.
— - und Zahnkrankheiten, ihre Beziehungen von Ziem 371.
Natur, die, und die Behandlung der Ozaena von Löwenberg 285.
Nichtdurchschneiden der Pseudo-Membran durch die Canüle als grosse Gefahr bei der Tracheotomie von Osborn 318.

Oedema glottidis von Woltering 205.
— circumscriptes der Nasenschleimhaut, ein Fall von Fronstein 343.
Oesophagotomie, erfolgreiche, um ein Halbpennystück zu entfernen etc. von Suckling 256.
Ohrenblutungen, vicariirende, mit vorübergehender Taubheit combinirt von Stepanow 321.
Ohrenerweiterungen antiseptisch behandelt von Kirchner 229.
Ohrenkrankheiten, ihre Bedeutung für Militairdienstfähigkeit von Bremer 339
— Nomenclatur derselben von Sexton 344.
Ohrmuschel - Ablösung, partielle, ein Fall von Kuhn 309.
Ohrenpolypen, über den Bau derselben von Weydner 6.
Obrenverletzungen vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus von Wehner 391.
Oleum terebinthinae gegen Fliegenlarven im Ohre von Köhler 197.
Osteome, todte, der Nasen- und Stirnhöhle von Tillmanns 313.
Otologische Mittheilungen von Pomeroy 341.

Paralysis of the left vocal band in extreme abduction von Solis-Cohen 25.
— laryngea, seltener Fall von Sotay Lastra 54
Paralyse des vorderen Stimmbandes in extremer Abduction etc. von Cohen 122.
—, myopathische, doppelseitige, der Glottis-Erweiterer von Fischer 187.
— der Kehlkopferweiterer centralen Ursprungs von Koschlakow 286.
Papayotin bei Diphtheritis von Dreier 251.
Papilloma of the vocalband v. Hooper 56.
Parästhesien des Rachens, Aetiologie von Sinowjew 356.
Pathologie und pathologische Anatomie des Ohres, Beiträge zu derselben von Hedinger 9.
— des Ohrenknorpels von Schwabach 308.
— Pseudocroup von Moldenhauer 369.
— der Furunkeln des äusseren Gehörgangs von Kirchner 179.
Perichondritis, seröse, der Nasenscheidewand von Jurasz 50.
Perforation der Trachea und des Truncus brachiocephalicus etc. von d'Heilly 125.
Periostitis des Warzenfortsatzes von Menière 85.
Pharynxstricturen, Entstehung der ringförmigen luetischen von Pauly 93.
Phthisis laryngea, Oedema glottidis von Latouche 396.
Physiologie und Pathologie der Acusticus - Reflexe, Beiträge von Högyes 79. 280.
Physiologischer Zusammenhang zwischen Milz und Schilddrüse von Zesas 157.
Physiologie der Stimmen und des Gesanges von Gougenheim u. Lermoyez 345.
Pityriasis versicolor im äusseren Gehörgang von Kirchner 76.
Polypen, nasopharyngeale oder fibröse, neue Operation. Auszug aus einer klinischen Vorlesung von Jordan 254.
Polypenschlingenschnürer, modificirt v. Krause 106.
Predigers Halsweh und Nasenrachencatarrh von Stokes 314.

Rachenpolyp, behaarter v Schuchardt 92.
Reflex-Neurosen, Diagnose und Therapie derselben, mit Nasenkrankheiten zusammenhängend von Rok 15.
Rhinitis, vasomotorische von Glasgow 343.
Rhinoscleroma von Payne und Semon 222.
Rhinologie und Laryngologie, chirurgische Erfahrungen von Schäffer 387.
Rhinolithen, Bemerkungen darüber von Schmiegelow 15
Riesenzellen - Sarcom im Munde bei einem Kinde, ein Fall von Schindler 108.
Rinné'scher Versuch, Werth desselben für die Diagnostik der Gehörkrankheiten von Schwabach 41.
— — von Bezold 177.
Rosenschnupfen von Ziem 167.
Rundzellensarcom des Pharynx etc. von Bosworth 154
— des Ohres von Green 240.
Ruptur beider Trommelfelle und doppelseitige Labyrinth-Erschütterung von Keller 168.

Sarcom der linken Mandel von Balding 60. 92.
— der Nasenhöhlen von Terrier und Jeanselme 221. 390.
Schallleitung durch die Kopfknochen von Bartsch 266. 295.
Schiefstellung des Septum narium von Gleitsmann 344.
Schnupfen, abortive Behandlung von Kitchen 342.
Schilddrüse, ihre Beziehungen zur Pathologie des Myxoedema und Cretinismus von Horsley 156.
Schluntersuchungen über das kindliche Gehörvermögen von Benzold 244.
Schwertverschlucken, ein Fall von Gross 224.
Schussverletzung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgange aus von Garrigou-Desarènes 181.
Schwachsichtigkeit u. Schwerhörigkeit, einseitig, ein Fall von Kiesselbach und Wolffberg 152.
Septum narium, schiefgestelltes, ätiologische Bedeutung desselben beim Nasencatarrh von Jarvis 344.
Speiseröhrenverengerung, bösartige, eine neue Art permanenten Speiseröhrencatheters zeigend von Symonds 223.
Sprayerzeuger für Cocain von Dunn 256.
Spasmus glottidis bei Struma, ein Fall von Rehn 91.
— — von Hofmann 207.
Statistik der Erkrankungen des Hörorganes in Folge von Lungentuberculose von Moldenhauer 193.
Stein, seltener im Gebiete der rechten Mandel von Pargamin 357.
— —, zweiter Fall von Winogradow 357.
Stimmritzenkrampf, phonischer, Bemerkungen zu einem äusserst schweren Fall von Schech 1.
Struma intrathoracica retrotrachealis von Krönlein 56.
Subjective Geräusche, verschiedene Arten derselben und ihre Behandlung von Lacharrière 43.
Suggestions practical upon the alimentation of patients suffering from Dysphagia von Delavan 63.
Stimmlosigkeit, simulirte, v. Duponchel 120.
Symptomatologie der Ohrenschmalzpfröpfe von Weil 289.
Syphilitische Gumma im Larynx von Charazac 24.
Syphilis, Uebertragung durch den Tubencatheter von Burrow 129.
—, angeborene späte, des Halses, ein Fall von Bruce 256.
— des Ohres und des Halses, klinische Beobachtungen von Bride 339.
— des Larynx, tertiäre, und der Trachea von Delie 395.

Taubheit, totale einseitige, nach Mumps, zwei Fälle von Menière 218.
—, einseitige, Nachweisung von Pomeroy 341.
Taubstummheit durch Otopiesis oder Ohrdruck von Boucheron 182.
Tauchbatterie, eine Verbesserung derselben von Voltolini 77.
—, eine Verbesserung derselben von Keller 110.
Tetanié nach Kropfexstirpation von Szuman u. Schramm 90.
Tonsillotomie und Blutungen bei derselben von Schlesinger 248.
Tonbringer von Rettig 365.
Tracheotomy in Croup und Diphtherie von Baruch 28.

Tracheotomie bei diphtheritischem Croup ausgeführt, ist sie eine gefährliche Operation? von Winters 28.
— im Croup von Jones 28.
Transactions of the american otological society von Knapp 149.
Trepanation bei Sinusthrombose von Zaufal 8.
— des Warzenfortsatzes von Kuhn 309.
Trommelfell am macerirten Schläfenbein von Schwabach 307.
Tuberculöse Tumoren im Kehlkopfe von Schnitzler 22.
— Wucherung am rechten Stimmband von Lermoyez 56.
— des Oesophagus von Beck 60.
— Ansteckung in den Winterstationen von Krüch 246.
— Contagiosität und Prophylaxe von Vallin 246.
—, Impfung der von Tschoning 397.
Tumor, primärer, des weichen Gaumens, zwei Fälle von Treves 26.
— in der Trachea von Mackenzie 26.
—, gutartiger, der Trachea von Ingals 123.
—, tuberculöser, im Kehlkopf von Schnitzler 124.
—, grosser, an der Wange etc. von Vaupete 253.
—, adenoider, des Nasenrachenraumes, zur Operation und Statistik von Hopmann 315.
Thyreotomie wegen Papillomen des Larynx von May 288.

Untersuchungen, experimentelle, über die Strömung der Luft und der Nasenhöhle von Paulsen 382.

Veränderungen, histologische in den Weichtheilen u. dem knöchernen Gerüst etc. von Moos u. Steinbrügge 219.
Verblutung nach seitlicher Incision eines Retropharyngealabscesses, zwei Fälle von Gerster 223.
Verschluss, angeborener knöcherner, der Choanen von Schrötter 97.
Verstopfung der Trachea durch eine verkäste und gelöste Bronchialdrüse von Petersen 318.
Verwachsung, ausgedehnte, beider Stimmbänder durch eine feste Membran von Hofmann 139.
—, narbige, eines Ohreinganges bei bestehender Otitis media suppurativa chronica von Mandelstamm 195.
Voltolini'sche Tauchbatterie, Verbesserung derselben von Keller 3.
Vorbauchung, herniöse, der Paukenschleimhaut durch Oeffnungen im Trommelfell von Burnett 392.
Vorwölbung, partielle, der Membrana tympani bei gleichmässig verstärktem Luftdruck von Kiesselbach 5.

Waldwollenverband v. Trückenbrod 185.
Wattehalter für den Kehlkopf von Nitsche 107.
Wiederkehr, zeitweilige plötzliche, des Hörvermögens nach 21jähriger Taubheit von Norris 243.
Williams'sches pneumatisches Cabinet von Tiegel 358.

Zerstäuber medicamentöser Flüssigkeiten für den Kehlkopf von Kiesselbach 319.
Zink-Platina-Tauch-Batterie von Voltolini 5.
Zotten, gefässführende, der Trommelhöhlenschleimhaut von Moos 7.
Zunge, ein Fall von schwarzer von Broatch 59.
—, Hemiatrophie derselben von Hirt 357.
—, Entfernung derselben wegen Epithelioms, 2 Fälle von Hill 358.
Zungendrüsen, intramusculäre, Beitrag von Breda 59.
Zungenhalter, neuer, sich selbst anpassender von Cousins 221.

II. Namen-Register.

Albert 31.
Aschenbrandt 65
Aufrecht 158.

Baginsky 148.
Baker 243.
Balding 60. 92.
Baratoux 151 203. 239 251.
Barety 287.
Barr 307.
Barrow 63.
Bartsch 266. 295.
Baruch 28.
Basler 61.
Baumgarten 146. 327.
Beck 60.
Bernhardt 185.
Beregszaszy 125.
Beschorner 302.
Bettmann 83.
Bezold 177 244.
Blau 271.
Blake 82
Bosworth 50. 154.
Boucheron 182.
Breda 59.
Bremer 339.
Bresgen 341.
Bride 95. 189. 287. 339
Broatch 59.
Bruce 256.
Bürkner 81. 218.
Burckhardt 304.
Burnett 392.
Burow 129.
Butlin 19. 121.

Cadier 128.
Carrion 62.
Carrington 24.
Carrol-Morgan 396.
Celoir 399.
Charazac 24. 398.
Charrière 189.
Chiari 126. 252.
Claiborne jun 155.
Cohen 25. 63. 94. 122 394.
Cousins 221.

Dalby 52.
Delavan 54 63.
Delie 395.
Delstauche 17.
Donaldson 155
Dreier 251.
Dumont 253.
Dunn 256.
Duponchel 120.

Eitelberg 85 244. 309.
Elsberg 21.

Ferguson 243
Finlayson 95.
Fischer 187.
Fränkel 18.
Fraipont 94.
Franks 60
French 188.
Fritsche 312.
Fronstein 252. 343.
Fulton 220

Ganzinotti 61.
Garrigou-Désarènes 181.
Gellé 180.
Gentilhomme 319.
Gerster 223.
Gilbert 287.
Glasgow 343.
Gleitsmann 187. 344.
Gougenheim 28 345.
Grem 240.
Gross 224. 254.
Gruber 33. 80. 225.
Gutknecht 247.

Habermann 306.
Hahn 95
Hanat 287.
Harrison 344.
Hartmann 147.
Hedinger 9.
d'Heilly 125.
Hering 282.
Herzog 171. 213.
Hessler 113.
Hill 358.
Hirt 357.
Högyes 79. 280.
Hoël 399.
Hofmann 139. 207.
Holden 285.
Hooper 56. 360. 394.
Hopmann 161. 230. 315.
Horsley 156.
Hovell 30.
Hüpeden 359
Hunt 92.
Hutchinson 358.

Jacobson 192. 255.
Jacquemart 273.
James 315.
Jarvis 89. 344.
Jeauselme 221. 390.
Ingals 123. 396.

Jones 28. 91.
Jordan 254.
Jurasz 50. 361.

Kampf 222.
Katz 284.
Keller 3. 110. 168.
Kessler 154.
Kidd 318.
Kiesselbach 5. 36. 152. 319. 359
Kipp 46. 220.
Kirchner 76. 151. 179. 229.
Kitchen 342.
Kline 30.
Knapp 149. 243.
Knight 159.
Koch 189. 389.
Koehler 197.
Koschlakow 286.
Körner 153. 272.
Krause 52. 106.
Krönlein 56.
Krüch 246.
Kuhn 309. 310.

Lacharrière 43.
Landouzy 239.
Lane 189.
Lanz 395.
Lange 291. 331.
Latouche 396.
Lefferts 28.
Leisrink 64.
Lemonier 25.
Lermoyer 55. 56. 345.
Lesch 245.
Lincoln 343.
Löwenberg 285.
Luciani 272.
Lunin 250.
Lublinski 315.
Lustig 14.
Luzinsky 128.

Macdougall 38.
Mackenzie 19. 26. 50. 221. 245. 343.
Mandelstamm 195.
May 288.
Marique 17.
Martin 23.
Masini 317.
Massei 397.
Menière 85. 218. 307.
Meyerson 390.
Michel 124.
Miguel 253.
Mikulicz 48.
Moldenhauer 145. 193. 369.
Moore 315.
Morgan 125.
Moos 7. 84. 111. 219.
Moura-Bourouillon 397.
Moure 251.
Müller 122.

Neidert 377.
Nikitin 247.
Nitsche 107.
Noquet 63. 239.
Norris 243.

Obalinski 91.
Ord 395.
Osborn 318.

Pargamin 357.
Parker 222. 318.
Paulsen 382.
Pauly 93.
Payne 222.
Petersen 318.
Pitts 94.
Plessner 47.
Politzer 85.
Pomeroy 341.
Putilow 342.

Rabaine 23.
Ranvier 31.
Rehn 91.
Rettig 365.
Retzius 116.
Richardson 154.
Robinson 155. 342.
Rosenbach 123.
Rosenberg 284.
Rok 15.
Rothholz 242.
Runge 283.
Russel 95.

Sabourin 246.
Schapringer 153.
Schäffer 387.
Schech 1. 50.
Schiff 89.
Schiffers 396.
Schindler 108.
Schlesinger 248.
Schmiegelow 15. 31. 209.
Schnitzler 22. 124. 126.
Schondorff 44.
Schramm 90.
Schrötter 97.
Schubert 184.
Schuchardt 92.
Schwabach 41. 307. 308.
Seguin 46.
Semon 188 191. 222. 395.
Seitz 158.
Sexton 10. 11. 344.
Shurley 154.
Simanowsky 316 393.
Sinowjew 356.
Smalitschew 255.
Sota y Lastra 54.
Somma 93
Sommerbrodt 281.
Spaak 397.
Stein 151.
v. Stein-Moskau 283.
Steinbrügge 219. 238.
Stepanow 237. 321.
Stocquart 58.
Stokes 314.
Suckling 256.
Symonds 223.
Szumar 90.

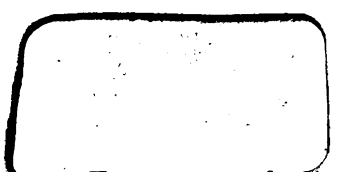
Taylor 60.
Terrier 390.
Thin 159.
Thudichum 49.
Thursfield 247.
Tiegel 358.
Tillmanns 313.
Tornwaldt 285. 310.
Treves 26.
Trilessky 221.
Trückenbrod 185. 241.
Truehart 341.
Tschoning 397.

Vallin 246.
Vaupeteghem 253.
Verneuil 25.
Voltolini 5. 77. 142. 198.

Walsham 17. 88.
Walton 82.
Watson 342.
Weber-Liel 11. 102.
Wehner 391.
Weil 289.
West 25.

Weydner 6.
White 222.
Williams 240. 242.
Winogradow 357.
Winters 28.
Woakes 119. 314.
Wolf 219.
Wolff 355.
Wolffsberg 152.
Woltering 205.
Young 24.
Zaufal 8. 11.
Zenenko 254.
Zesas 62. 157.
Ziem 138. 157. 257. 262. 273. 278. 371.
Zuckerkandl 86.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin S. W.

41R
354+

41R
354+